

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La sottoscritta dott.ssa Sabrina Lago, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 6692, prima di rendere le prestazioni professionali presso l'Istituto A. Parolini fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in presenza presso le due sedi dell'istituto (via San Bortolo e via Sonda). In entrambi i casi sarà possibile contattare la dott.ssa Lago per richiedere un incontro scrivendo una mail a: sportello.ascolto@istitutoagrarioparolini.edu.it.

Le attività professionali saranno organizzate con le seguenti tipologie di intervento:

- Incontro individuale
- Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili
- Osservazione individuale dello studente nel gruppo classe
- Incontro informativo/formativo

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologiveneto.it.

In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

Potrà tuttavia condividere alcune informazioni, di cui si accorderà con il diretto interessato, con i familiari dello studente o della studentessa ed eventuali adulti di riferimento, al fine di costruire una rete con l'ambiente familiare e scolastico-educativo che collabori per il benessere dello studente nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento del servizio, nell'ottica della massima tutela psicologica della persona interessata.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito Servizio, comunque coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

NOTE FINALI

La sottoscritta dott.ssa Sabrina Lago, è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto A. Parolini e pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

Tempi di conservazione in relazione alle differenti finalità sopra elencate:

- Dati anagrafici e di contatto: tali verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: I Dati relativi allo stato di salute saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico ed al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo non superiore a 5 anni successivi alla conclusione dell'incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

Luogo e data

Firma del Professionista

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE LA TIPOLOGIA APPROPRIATA

- 1. MAGGIORENNI (per studenti maggiorenni, insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)**

La studentessa / Lo studente / La signora / Il signor dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott. ssa Sabrina Lago

Luogo e data

Firma.....

2. MINORENNI che accedono al servizio

La Sig.ra madre del/la minore

Nato/a a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Sabrina Lago

Luogo e data.....

Firma della madre.....

Il Sig. padre del minorenni

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Sabrina Lago

Luogo e data

Firma del padre.....

3. PERSONE SOTTO TUTELA che accedono al servizio

La Sig.ra/Il Sig..... nata/o a..... il ___/___/___

Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazza n

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Sabrina Lago

Luogo e data.....

Firma del tutore.....