CONSENSO INFORMATO PER USUFRUIRE DELLO

SPORTELLO PSICOLOGICO dell'I.C. CASTIGLIONE TORINESE

La sottoscritta Dott.ssa Giulia Figliuolo, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n. 7205 in data 10/03/2014, cell.: 3477649746 ; e-mail: sportellopsicologico@iccastiglioneto.edu.it ; pec: giulia.figliuolo.685@psypec.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'I.C. Castiglione T.se fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'IC Castiglione T.se; in alcuni casi la consulenza potrà essere effettuata attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di carattere psicologico attraverso lo strumento Google Meet. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello Sportello di Ascolto Psicologico saranno organizzate come di seguito:
  - tipologia d'intervento: consulenza psicologica per genitori, studenti, docenti, personale scolastico;
  - modalità organizzative: colloqui in presenza su appuntamento per studenti, docenti e genitori (in base al calendario)
  - scopi: spazio d'ascolto, prevenzione del disagio e del malessere psicofisico; le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme allo studente/genitore/docente, la domanda d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
  - durata delle attività: a.s. 2024 -2025.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo

prima di sottoscriverlo e riconsegnarlo firmato

MINORENNI

La Sig.ra (madre o tutore del minore) _____ nata a _____ il____/___/_____ e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ , cell: _____ ed il Sig. (padre o tutore del minore) _____ nato a _____ il____/___/_____ e residente a _____ in via/piazza _____n. _____ , cell: _____ dichiarano di aver compreso quanto illustrato dalla professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____ possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giulia Figliuolo presso lo Sportello di ascolto presso l'IC Castiglione T.se.

Luogo e data _____

Si ricorda che è necessaria la firma di entrambi i genitori.

Firma della madre _____

Firma del padre _____

MAGGIORENNI

L'insegnante/ Il genitore _____ nato a _____ il ___/___/___ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giulia Figliuolo.

Luogo e data _____ Firma _____