

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

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

La sottoscritta Marafioti Giulia Psicologa Iscritta all'Albo Sez. A - dell'Ordine degli Psicologi Regione Calabria N° 2484.

Cell: 340 8604836; Indirizzo e-mail: psicologa.giuliamarafioti@outlook.it

prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di SANT'ONOFRIO fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i locali della scuola primaria di Sant'Onofrio. Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

Tipologia d'intervento:

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

Scopi

- Promuovere negli studenti l'acquisizione di competenze sociali e relazionali e di una maggiore fiducia in sé stessi;
- Costituire uno strumento qualificato per la prevenzione del disagio evolutivo nonché di fenomeni di demotivazione allo studio e di abbandono scolastico;
- Favorire il processo di orientamento scolastico;
- Favorire la cooperazione tra la scuola e le famiglie;
- Fornire ai docenti strumenti, strategie, consulenza, aggiornamenti e supporto per gestire percorsi di educazione al benessere e all'affettività;
- Sostenere le famiglie nei processi educativi e nelle relazioni genitori/figli;
- Prevenire fenomeni di bullismo e/o cyberbullismo;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

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 MARAFIOTI GIULIA, è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SANT'ONOFRIO 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.

Qui di seguito riportiamo i 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

MAGGIORENNI (Insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)

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 Marafioti Giulia.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

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 Marafioti Giulia.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenne

.....

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 Marafioti Giulia.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o

a..... il ___/___/___

Tutore del minorene.....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 Marafioti Giulia.

Luogo e data

Firma del tutore