

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/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott. Carlotta Bertini Psicoterapeuta, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Toscana, prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola Niccolini fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso IC Niccolini, presso i locali della scuola secondaria di primo grado.

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
- Altro (specificare)

Modalità organizzative

I colloqui con gli alunni saranno effettuati nella mattinata di scuola previo appuntamento che potranno prendere con il docente referente della classe o della scuola; gli incontri con gli adulti saranno effettuati mediante piattaforma team sempre negli orari indicati dalla circolare ;

Durata delle attività: da febbraio 2022 a giugno 2022;

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.

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 dal dott.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

Il/La Sig./ra genitore del/la minore
Nato/a a il ___/___/____
e residente a
in via/piazzan.....
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 dal... dott.

Luogo e data

Firma

Il/La Sig./ra genitore del/la minore
Nato/a a il ___/___/____
e residente a
in via/piazzan.....
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 dal... dott.

Luogo e data

Firma

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/____
Tutore del minore.....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 dal... dott.

Luogo e data

Firma del tutore