

**CONSENSO INFORMATO
PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO
SPORTELLO DI SUPPORTO PSICOLOGICO SCOLASTICO**

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

In riferimento alle attività e finalità dello Sportello di supporto psicologico istituito presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "T. Catullo" di Belluno, rivolto ad alunni, docenti e genitori, si informa che il suddetto servizio, curato dalla dott.ssa psicologa Chiara De Bona, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 5029, consiste in:

- una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo–affettivo e all'orientamento nei rapporti personali e relazionali, al sostegno nell'approccio allo studio finalizzato alla prevenzione e gestione delle difficoltà scolastiche, costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto e non avrà finalità né diagnostica, né psicoterapeutica.

Si informa inoltre che:

- il numero dei colloqui può variare da un minimo di uno a un massimo di tre (salvo eccezioni);
- 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 (Art. 11).

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello, 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.

Il professionista potrà tuttavia condividere con gli insegnanti o altre figure educative di riferimento, previo accordo con le parti interessate, informazioni e/o indicazioni che ritiene più utili, nell'ottica della massima tutela psicologica delle persone coinvolte.

L'accesso al primo colloquio e a quelli successivi è consentito previo appuntamento, scrivendo all'indirizzo mail dell'Istituto supportopsicologico@istitutocatullo.edu.it.

Il servizio è gratuito per tutti gli utenti.

L'accesso agli alunni minorenni è possibile solo previa sottoscrizione, da parte di entrambi i genitori, del presente modulo.

NOTE FINALI

La dott.ssa De Bona Chiara, è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto d'Istruzione Superiore T. Catullo 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.

PER LE SOTTOSCRIZIONI SCEGLIERE LA TIPOLOGIA APPROPRIATA

MAGGIORENNI (per studenti maggiorenni, insegnanti, genitori o personale scolastico 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 De Bona Chiara.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra..... madre 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 dalla dott.ssa De Bona Chiara

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minore.....
 nato 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 dalla dott.ssa De Bona Chiara

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il___/___/___, tutore del minorenne.....
in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data e numero)
.....
.....
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 minore possa accedere alle prestazioni
professionali rese dalla dott.ssa De Bona Chiara

Luogo e data

Firma del tutore