

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

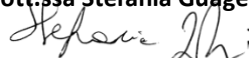
La sottoscritta Dott.ssa Stefania Guagenti, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana n. 2176-A, Pec:stefaniaguagenti@psypec.it, Cell. 3475032007, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "L. Pirandello" di Porto Empedocle fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni, tutte previo appuntamento, saranno rese in presenza presso l'I. C. "L. Pirandello" – Plesso "L. Rizzo" sito in Porto Empedocle Via IV Novembre, **oppure** in alternativa attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health (ossia, utilizzo di tecnologie informatiche e di telecomunicazione) di carattere psicologico. In tale circostanza verrà utilizzata la piattaforma "MEET" con le seguenti modalità: video incontro on line, previo appuntamento.
- 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 saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: colloquio psicologico e *consueing*;
 - b) modalità organizzative: colloquio previo appuntamento a mezzo mail all'indirizzo sportellopsicologico.guagenti@gmail.com;
 - c) scopi: sportello di ascolto psicologico e *consueing* per promuovere il benessere psichico e relazionale degli studenti, dei loro docenti e genitori nell'attuale situazione di emergenza sanitaria da Covid-19;
 - d) durata delle attività: singola seduta di colloquio psicologico e *counsueing* di 50 minuti. Durata soggetta a possibile variazione in base alle necessità del singolo caso;
- 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

Dott.ssa Stefania Guagenti



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

PERSONALE SCOLASTICO E GENITORI

L'insegnante/Il genitore _____ 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 Stefania Guagenti presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di e-health (ossia, utilizzo di tecnologie informatiche e di telecomunicazione) di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____

Firma _____

STUDENTI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
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 prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Stefania Guagenti presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di e-health (ossia, utilizzo di tecnologie informatiche e di telecomunicazione) di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
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 prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Stefania Guagenti presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di e-health (ossia, utilizzo di tecnologie informatiche e di telecomunicazione) di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del padre _____

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, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Stefania Guagenti presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di e-health (ossia, utilizzo di tecnologie informatiche e di telecomunicazione) di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____