

**CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE
PER IL SERVIZIO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA, SPORTELLO DI ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA**

La sottoscritta **dott.ssa ERIKA CELOTTI**, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Friuli Venezia Giulia con il n. 1703, prima di svolgere la propria opera professionale a favore di:

(Nome e Cognome) _____,

oppure **del minore** _____,

in qualità di: () studente () personale scolastico _____ () genitore

nato il _____ a _____ () residente a _____

C.I.: _____ e-mail: _____ cell. _____

SCUOLA FREQUENTATA: () Infanzia () Primaria () Secondaria di I ° SEDE: _____ Classe: _____

informa l'interessato e/o i genitori di quanto segue:

- la prestazione offerta è la consulenza finalizzata al BENESSERE PSICOLOGICO;
- Gli obiettivi motivano questo tipo di intervento riguardo l'ascolto, la prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale, il potenziamento del benessere psicofisico, l'orientamento.
- Per il conseguimento degli obiettivi sarà utilizzato come strumento principale il colloquio clinico; potranno essere utilizzati *strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, l'attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico* (art. 1 della L. n. 56/1989). Potranno inoltre essere utilizzati interventi psico-educativi e questionari, test psicodiagnostici di vario tipo qualora fossero necessari interventi valutativi e di screening.
- Gli incontri sono di consulenza psicologica e *non di diagnosi o psicoterapia*. Lo psicologo potrà fornire aiuto e sostegno psicologico cercando insieme al/la richiedente di trovare il modo migliore per affrontare il disagio/problema vissuto.
- Il numero di incontri previsto per chi accede allo SPORTELLO DI ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA è di massimo 3-4 incontri.
- Le prestazioni verranno rese prevalentemente a distanza tramite *piattaforme internet (Google Meet) o altra modalità concordata con la professionista e/o* in presenza presso la sede della Direzione Didattica dell'Istituto Comprensivo di Buja.
- In qualsiasi momento l'interessato e/o i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà. Il professionista potrà interrompere il rapporto qualora constatata che non vi è beneficio dall'intervento e potrà fornire indicazioni per interventi più adatti.
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale(art.11), derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge (art.13).

Il sottoscritto _____, nato il _____ identificato mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____ (allegare copia)

Mail _____ reperibile al n° _____

La sottoscritta _____, nata il _____ identificata mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____ (allegare copia)

Mail _____ reperibile al n° _____

in quanto **genitori del/della minore** _____ avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stati posti a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (Allianz S.p.A., Milano, n. polizza. 500216747)

DICHIARIAMO

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di **esprimere il nostro consenso affinché nostro/a figlio/a usufruisca dello Sportello di ascolto e consulenza-** con la dott.ssa ERIKA CELOTTI

Luogo e data _____

Firma dell'interessato _____

FIRMA (di *entrambi* i genitori _____
esercente potestà genitoriale)

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)

La **dott.ssa ERIKA CELOTTI**, in qualità di titolare del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni: I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrò a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ho ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2016/679. Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei, in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico. I dati raccolti nei test, negli appunti, nelle eventuali registrazioni saranno conservati per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati a Lei riferibili, sempre per scopi professionali.

Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di consulenza psicologica. Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza.

Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale. Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge.

Le specifico che dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione **NON VERRANNO MAI** comunicati e trasmessi ad alcuno. I suoi dati personali non saranno trasferiti all'estero, ma potranno essere salvati su server ubicati in paesi dell'unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell'unione europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.

L'interessato ha diritto : - all' accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati - ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento - a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca - proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo erikacelotti@psypec.it o lettera raccomandata a/r all'indirizzo Dr.ssa Erika Celotti- Via Deveacco 37 – 33030 Majano (UD)

Preso atto dell'informativa, *presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.*

Luogo, Data _____

Firma dell'interessato _____

Firma esercente potestà genitoriale _____

Firma esercente potestà genitoriale _____