



ISTITUTO COMPRESIVO FIORANO MODENESE 1^
Via Machiavelli , 12 - 41042 FIORANO MODENESE (MO)
Tel. 0536/911211 - 0536/910868 - Cod. Fisc.: 93036720360 Cod. IPA: UF8SZE
E-mail:moic832004@istruzione.it – pec: moic832004@pec.istruzione.it – sito: www.icfiorano.edu.it

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

La sottoscritta Dott.ssa Isabella Stano, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 6984 sezione A,

email: isabella.stano@icifiorano.edu.it , Pec: isabella.stano.949@psypec.it C.F.: STNSLL74E71E882B
prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico "Istituto Comprensivo Fiorano Modenese 1^" fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la scuola primaria "E. Ferrari".
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Google Meet.

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 D.Lgs. n.196/2003, così come modificato dal D.lgs.n.101/2018) e dal codice deontologico degli Psicologi Italiani; non sarà dunque possibile per i motivi sopra elencati registrare le sedute di consulenza.

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:** consulenza breve;
 - b) **modalità organizzative:**
 - le persone interessate scriveranno un messaggio al seguente indirizzo di posta elettronica: isabella.stano@icifiorano.edu.it con la dottoressa si concorderà la modalità di ascolto (in presenza o a distanza)

- gli interessati dovranno inviare per posta elettronica o consegnare a mano il consenso informato per le prestazioni di consulenza. In assenza del documento firmato non sarà possibile eseguire alcuna prestazione;
 - c) **scopi:** sostegno psicologico alle famiglie a seguito dell'emergenza Covid;
 - d) **limiti:** l'attività dello sportello è una consulenza breve e non può essere intesa come psicoterapia;
 - e) **durata delle attività:** a conclusione delle ore affidate da contratto.
- La 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.ordinepsicologier.it
 - 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.

La Professionista (firma) 

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

L'insegnante/ Il genitore/il personale ATA _____ 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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____

Firma _____