

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 sottoscritta dott.ssa **ELENA MARZARI**, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi Veneto al n. 6653 (elena.marzari@icvaldagno2.edu.it), prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola Istituto Comprensivo Valdagno 2 fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso **Istituto Comprensivo Valdagno 2, plesso _____**;

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

Tipologia d'intervento

- Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educativo

Modalità organizzative

- Intervento nel gruppo classe attraverso l'utilizzo di giochi strutturati per la riflessione sulle dinamiche interpersonali, sulle modalità comunicative e sulla gestione delle emozioni.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online al seguente indirizzo www.ordinepsicologiveneto.it. 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 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 dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.


La sottoscritta dott.ssa **ELENA MARZARI** è titolare dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'**Istituto Comprensivo Valdagno 2** e pone 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 e 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.

Firma del professionista



MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....
nata 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 Elena Marzari presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig. padre del minorene.....
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 Elena Marzari presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___
Tutore del minorene.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
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 Elena Marzari presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore