

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 Silipo Annalisa**, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Calabria n. 1463 prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola Istituto **Omicomprensivo "Bianchi-Scigliano"** fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso tutti i plessi dell'IC Bianchi - Scigliano;

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

Tipologia d'intervento

- Incontro individuale
- Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili
- Osservazione individuale dello studente nel gruppo classe
- Incontro informativo/formativo

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine. 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 nell'ambito 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 all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

NOTE FINALI

La sottoscritta **dott.ssa Silipo Annalisa**, è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto Omnicomprensivo "Bianchi-Scigliano" 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.

Luogo e data

Firma del Professionista

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE LA TIPOLOGIA APPROPRIATA

(da stampare e consegnare in segreteria)

MAGGIORENNI (per studenti maggiorenni, insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)

La studentessa / Lo studente / La signora / Il signor 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 allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott.ssa Silipo Annalisa.

Luogo e data

Firma

CONSENSO DEI GENITORI

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 allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott.ssa Silipo Annalisa.

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 allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott.ssa Annalisa Silipo.

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 figlio possa accedere allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott.ssa Silipo Annalisa.

Luogo e data

Firma del tutore

Via Municipio - 87057 SCIGLIANO (CS)

tel. e fax 966289 - cod. meccanografico CSIC864005 - cod. univoco YCOYUI - C.F. 99332900788
csic864005@istruzione.it - csic864005@pec.istruzione.it - www.omniscigliano.edu.it