## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

## PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa TOMASONI ELISA, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, n. 14119,

MAIL: tomasonipsicologa@gmail.com,

PEC: elisa.tomasoni.339@psypec.it,

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IC BERTESI DI SORESINA (CR) fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'IC BERTESI, PIAZZA ITALIA, 3 SORESINA (CR).
- Qualora si renda necessario, alcune prestazioni soprattutto di carattere formativo, verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Microsoft Teams con le seguenti modalità: accesso tramite account dell'istituto, divieto di registrazione.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  a) tipologia d'intervento: Analisi dei bisogni dell'Istituto, consulenze e supervisioni agli insegnanti, osservazioni del gruppo classe, conduzione di laboratori, prevenzione dello stress da lavoro correlato, conduzione di colloqui con gli alunni, con gli insegnanti, il personale scolastico e con i genitori che lo richiedono.
  b) Modalità organizzative: per concordare un appuntamento scrivere a **tomasonipsicologa@gmail.com**
  c) Scopi: favorire il benessere degli alunni e dell'intero sistema scolastico, promuovendo azioni di prevenzione del disagio e ascolto dei bisogni.
  d) Limiti: i colloqui con gli alunni sono preceduti obbligatoriamente dal contatto dei genitori con la psicologa via mail (invio consenso firmato di entrambi i genitori). L'intervento non si configura come una consulenza diagnostica e/o terapeutica, ma di supporto e orientamento.
  e) Durata delle attività: da febbraio 2021 a maggio 2021 secondo il calendario concordato la Direzione. **giovedì (su appuntamento): 11,30-13,00** (alunni e

insegnanti, personale scolastico), **14,00-17,30** (insegnanti, personale scolastico e genitori).

- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta 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.

**INFORMATIVA sul trattamento dei dati personali** ai sensi dell'Articolo 13 D.LGS 196/2003 (Codice privacy),e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), e ss.mm.ii. di cui ex D.LGS 101/2018, per il trattamento dei dati personali degli ALUNNI E DELLE FAMIGLIE. La dott.ssa Elisa Tomasoni è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti nello svolgimento dell'incarico per lo Sportello di Ascolto Psicologico, presso l' I.C."G. Bertesi" di Soresina (CR) Intende informare l'interessato in merito all'utilizzo: le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono dati professionali, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta. Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione; nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. Ai fini dell'erogazione della prestazione concordata il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti. I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata. Esaurite le

finalità per i quali sono stati raccolti, i dati personali verranno anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati, distrutti in modo sicuro.

***Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.***

**La Professionista Dott.ssa Elisa Tomasoni**
**Psicologa**




---

Noi genitori sottoscritti ……..(madre) e ……(padre), genitori dell'alunno/a…….. della classe……, con la presa visione del presente documento **autorizziamo nostro/a figlio/a a partecipare ai momenti di formazione tenuti dalla psicologa Dott.ssa Elisa Tomasoni in classe nelle ore curriculari**, per la prevenzione del disagio emerso dalla situazione sanitaria nazionale e per la promozione del benessere.

FIRMA DEI GENITORI

……

……..

*MODULI PER COLLOQUI INDIVIDUALI. IL MODULO VA CONSEGNATO ALLA PROFESSIONISTA (INSEGNANTI/GENITORI/ PERSONALE SCOLASTICO) O INVIATO PER MAIL DAI GENITORI (PER GLI ALUNNI) .*

**MAGGIORENNI**

**L''insegnante/ Il genitore/Personale scolastico** _____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 TOMASONI ELISA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma _____

***MINORENNI***

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 professionali rese dalla dott.ssa TOMASONI ELISA presso lo Sportello di ascolto.

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 TOMASONI ELISA 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 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 TOMASONI ELISA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____Firma del tutore _____