

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

La sottoscritta dott.ssa Licia Petrucetti, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 12779, (petrucetti.lanterna@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'I.C. "Città dei Bambini", all'interno del progetto "L'Atelier Koinè" selezionato da Impresa Sociale Con i Bambini nell'ambito del fondo a contrasto della povertà educativa minorile, gestito da **La Lanterna di Diogene** Coop. Soc. Onlus, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le sedi San Giorgio, per la primaria, e Brunelleschi, per la secondaria;

Lo sportello si terrà tutti i venerdì dalle 9,00 alle 14,00 previo appuntamento e consegna del presente modulo compilato e firmato.

La durata della prestazione, non essendo quantificabile a priori, sarà commisurata alle esigenze della prestazione stessa e comunque non oltre il termine dell'anno scolastico;

Il 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.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

La dott.ssa Licia Petrucetti, titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico per lo Sportello di Ascolto Psicologico, presso l'I.C. "Città dei Bambini", 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**.

Il Professionista

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ADULTI

La Sig.ra/ Il Sig. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Licia Petrucetti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

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 Licia Petrucetti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....

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 Licia Petrucetti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Allegare fotocopia documento dei genitori/tutori fronte retro