

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO IN AMBITO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Sammaciccia Luciana, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo n. 1254

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IIS DA VINCI DE GIORGIO, fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni verranno svolte in presenza, in orario scolastico, nei tempi e nelle modalità concordati con la dirigenza.
- 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)¹ 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 Dott.ssa Luciana Sammaciccia

¹Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, riguardante "le regole generali per il trattamento dei dati", si informa che i dati personali forniti verranno acquisiti nell'ambito del servizio di sportello di ascolto scolastico.

I dati saranno raccolti e trattati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente per le finalità ad esso connesse, ovvero per dare esecuzione agli obblighi previsti dalla Legge.

Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico pro-tempore Dott.ssa Francesca Iormetti.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è Lucio Lombardi.

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ 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 dalla dott.ssa Luciana Sammaciccia 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 dalla dott.ssa Luciana Sammaciccia 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 Luciana Sammaciccia, 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 Luciana Sammaciccia presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____