

## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLINO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta dott.ssa MANUELA SURIANO, Psicologa- Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 14152, (e-mail: suriano.manuela@gmail.com) prima di effettuare le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'IC G. TALIERCIO di Marina di Carrara (MS) fornisce le seguenti informazioni:

Lo Sportello d'Ascolto rappresenta uno spazio di consulenza e assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico derivanti dall'emergenza Covid-19.

Le attività dello Sportello d'Ascolto saranno rese IN REMOTO.

### A. Tipologia d'intervento

- la prestazione consiste in una consulenza psicologica, finalizzata a supportare il benessere psicologico dell'individuo e non avrà finalità né diagnostica, né psicoterapeutica;
- potranno essere usati strumenti conoscitivi per avere delle informazioni utili per la relazione di supporto;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui sviluppati in modalità "on line" utilizzando piattaforme per le videochiamate come Meet, Zoom, Skype...: ogni video-consulenza potrà avere una durata di 45-55 minuti. È sempre esclusa la registrazione della conversazione;
- tali consulenze "a distanza" dovranno avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
- i dati forniti saranno trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è la dott.ssa Manuela Suriano;
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di consulenza ed è comunque strettamente legato alle finalità della relazione di sostegno;
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà quindi luogo con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del Dirigente Scolastico;
- una volta concluso il proprio intervento, la dott.ssa Manuela Suriano s'impegna ad utilizzare l'eventuale materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.

B. Modalità organizzative: su appuntamento preso tramite invio di email - con disdetta, nel caso di impossibilità, almeno 24 ore prima;

C. Limiti: Per l'accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori, allegando copia del documento d'identità;

D. Durata delle attività: dal mese di novembre 2021 al mese di giugno 2022;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on-line sul sito del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi al seguente indirizzo: [www.psy.it](http://www.psy.it). In particolare la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al/alla ragazzo/a e ai genitori le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27); la psicologa è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11), può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Il Professionista  
dott.ssa Manuela Suriano

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

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MINORENNI**

la Sig.ra/il Sig. .... genitore del minorenni.....  
nata/o a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza ..... n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Manuela Suriano, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del genitore

Il Sig./la Sig.ra ..... genitore del minorenni.....  
nato/a a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza ..... n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Manuela Suriano, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del genitore

**MAGGIORENNI**

Il maggiorenne ..... 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 Manuela Suriano, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero).....  
residente a .....  
in via/piazza ..... n.....  
.....  
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 Manuela Suriano, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore