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 FEDERICA SARTORI, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, prima di rendere le prestazioni professionali presso il Liceo Veronica Gambara di Brescia, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il Liceo Veronica Gambara 3, 25121 Brescia, in presenza presso l'Istituto o in modalità online.

Le attività professionali saranno così organizzate:

Tipologia d'intervento

- Incontro individuale
- Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili

Modalità organizzative

prenotazione tramite mail all'indirizzo **federica.sartori@liceogambara.edu.it** (alla mail va allegato il consenso riportato in calce debitamente firmato)

Scopi

Supporto psicologico agli alunni, alle famiglie, ai docenti, al personale scolastico

Durata delle attività

Dicembre 2024 - giugno 2025

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.ordinepsicologilombardia.it.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Servizio, comunque protetti 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.

NOTE FINALI

La sottoscritta Dott.ssa FEDERICA SARTORI, è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dal Liceo Veronica Gambara 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: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'Incarico e 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.

Brescia, 13.12.24

Dott.ssa Federica Sartori

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE LA TIPOLOGIA APPROPRIATA

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 e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa FEDERICA SARTORI

Luogo e data ……

Firma

……

MINORENNI

I genitori del/la minore …….

Genitore 1 ……
Nato/a a …… il ____/___/_____
e residente a ……
in via/piazza ……n……

Genitore 1 ……
Nato/a a …… il ____/___/_____
e residente a ……
in via/piazza ……n……

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa FEDERICA SARTORI.

Luogo e data ……

Firma dei genitori

……

……

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a…….
il____/___/_____
Tutore del minorenne.....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 FEDERICA SARTORI

Luogo e data ……..…

Firma del tutore

.....