

## 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 Manuela Nicoletta di Masi, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Puglia n. 4052 (e-mail: ndimasi@iissalpimontale.edu.it) prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola I.I.S.S. ALPI MONTALE di Rutigliano (BA) fornisce le seguenti informazioni.

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

### Tipologia d'intervento

- Incontro individuale
- Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili
- Incontro informativo/formativo
- Altro (specificare) .....

**Modalità organizzative degli incontri individuali** l'incontro, che sarà reso in forma strettamente riservata (in presenza o a distanza) è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo nei rapporti con i compagni/colleghi, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo e non avrà finalità né diagnostica né psicoterapeutica;

- gli strumenti di intervento saranno i colloqui sviluppati in modalità "on line", tramite applicazione Zoom, o in presenza. Ogni consulenza "on line" o in presenza potrà avere una durata di 30 minuti. Per entrambe le modalità è ESCLUSA la REGISTRAZIONE della CONVERSAZIONE;

- le consulenze "on line" dovranno avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;

- il numero degli incontri potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo eccezioni particolari);

- la psicologa valuta ed eventualmente se richiesto, di ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);

- la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito Servizio, comunque coperti 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. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

#### **NOTE FINALI**

La dott.ssa Manuela Nicoletta di Masi è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto I.I.S.S. ALPI MONTALE di Rutigliano (BA) 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: tali verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: I Dati relativi allo stato di salute saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico ed 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.

#### **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 Manuela Nicoletta di Masi

**Luogo e data**

**Firma**

#### **MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del/la minore .....

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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Manuela Nicoletta di Masi

**Luogo e data**

**Firma della madre**

Il Sig. ....padre del minorenni .....

nato 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese  
dalla dott.ssa Manuela Nicoletta di Masi

**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 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 Nicoletta di Masi

**Luogo e data**

**Firma del tutore**