

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

La sottoscritta Dott.ssa Maria Lo Menzo, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi Regione Sicilia n.2480 sez.A, tel. 3397669249, email: [mariellalomenzo@gmail.com](mailto:mariellalomenzo@gmail.com), PEC: [maria.lomenzo.124@psypec.it](mailto:maria.lomenzo.124@psypec.it),

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico "Borghese Faranda", fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede di ogni plesso.
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza, consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzata la piattaforma MEET in assoluta riservatezza del setting. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e le competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello Sportello di Ascolto saranno organizzate come da calendario allegato.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- 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) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

**Dott.ssa Maria Lo Menzo**

## MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore\_\_\_\_\_ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento di dati personali e particolari, e qui sopra riportato, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lo Menzo presso lo Sportello di Ascolto, in presenza o da remoto.

Luogo e data\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## MINORENNI

La Sig.ra \_\_\_\_\_, madre del minore \_\_\_\_\_, nato/a 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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lo Menzo presso lo Sportello di Ascolto, in presenza o da remoto.

Luogo e data\_\_\_\_\_

Firma della madre\_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_, padre del minore \_\_\_\_\_, nato/a 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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lo Menzo presso lo Sportello di Ascolto, in presenza o da remoto.

Luogo e data\_\_\_\_\_

Firma del padre\_\_\_\_\_