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

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa KATIUSCIA MARIAGRAZIA DI BIASE, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi Regione Marche, email: mariagraziadibiase@iccomacchio.edu.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico I.C. COMACCHIO fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni in presenza saranno rese in presenza presso I.C. COMACCHIO Via Fattibello n.4, COMACCHIO (FE) presso la sede dell'Istituto Scolastico
- Le prestazioni a distanza verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento MEET GOOGLE SUITE con le seguenti modalità: inviando link dopo aver preso appuntamento e aver controllato la privacy.

  Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle 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 di seguito:
  a) tipologia d'intervento: diretto in sede o a distanza in collegamento Meet;
  b) modalità organizzative: ricevo per appuntamento preso via mail e concordato
  c) scopi: sostegno psicologico
  d) limiti: il sostegno viene effettuato online o in presenza solo dopo un appuntamento
  e) durata delle attività: ogni prestazione dura dai 15 ai 40 minuti
- La/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.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) 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/Il Professionista (firma) DI BIASE KATIUSCIA MARIAGRAZIA

MAGGIORENNI

L'insegnante/ Il genitore/ il personale ATA _____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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza).*

Luogo e data _____ Firma _____