

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

### SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta, Dott.ssa Katja Di Feola, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania, numero di iscrizione 2368, con annotazione nell'elenco degli Psicoterapeuti, (art.3 Legge 56/1989), dal 12/07/2012,

Ph: 338/3720894

Mail: psikatja@virgilio.it

prima di rendere le prestazioni professionali, relative allo Sportello di Ascolto, istituito presso l'Istituto Statale di Istruzione Secondaria Superiore, Ugo Foscolo, Teano-Sparanise, fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza, consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, saranno forniti, su autonoma richiesta,: colloqui individuali per il personale scolastico; colloqui individuali o familiari per i genitori, colloqui con il minore, individualmente o in setting familiare.
- La sottoscritta dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate ed 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: supporto psicologico;
  - b) modalità organizzative: accesso allo sportello, previo appuntamento da concordare con la referente del progetto;
  - c) scopi: prevenzione del disagio psicologico/promozione del benessere psicologico;
  - d) limiti: durante gli incontri l'utente dovrà trovarsi in un luogo della casa tranquillo e assicurarsi della buona connessione internet.
- Durata delle attività: 45 min per ogni incontro.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.psicamp.it](http://www.psicamp.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.**

**Dott.ssa Katja Di Feola**

### **MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore \_\_\_\_\_

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 dalla dott.ssa Katja Di Feola presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E- Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

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

### **MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore

\_\_\_\_\_

nata 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 Katja Di Feola presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E- Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_

nato 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 Katja Di Feola presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E - Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

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, 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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Katja Di Feola presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E - Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_

**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' DI OGNI FIRMATARIO.**