

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

La sottoscritta Dott.ssa Adriana Gadaleta, Psicologa/Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Puglia n. 4482, tel: 3292011535 – [adriana.gadaleta@psypec.it](mailto:adriana.gadaleta@psypec.it) – [adriana.psico@hotmail.it](mailto:adriana.psico@hotmail.it)

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico LICEO "RISPOLI - TONDI" SCIENTIFICO – CLASSICO Viale 2 Giugno - 71016 SAN SEVERO (FG), fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso le sedi dell'Istituto
- La prestazione offerta riguarda colloqui psicologici all'interno dello sportello ascolto;
- La prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di: supporto psicologico;
- La prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
- Per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico clinico;
- La durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;
- 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.ordinepsicologier.it](http://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).....

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**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 Adriana Gadaleta presso lo Sportello di ascolto.

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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Adriana Gadaleta presso lo Sportello di ascolto.

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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Adriana Gadaleta presso lo Sportello di ascolto.

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 Adriana Gadaleta presso lo Sportello di ascolto.

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