

## **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 PUCCIARELLI NICOLETTA, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n° 3500,( [nike.pucciarelli@gmail.com](mailto:nike.pucciarelli@gmail.com), [nicoletta.pucciarelli@pecpsyveneto.it](mailto:nicoletta.pucciarelli@pecpsyveneto.it) ) prima di rendere le prestazioni professionali presso l'ICS "G. Gabrieli" di Mirano VE, fornisce le seguenti informazioni.

Nel corso del corrente anno scolastico 2022/2023 l'ICS "G. Gabrieli" ha avviato le attività dello Supporto Psicologico rivolto al personale scolastico docenti e ATA, ai genitori ed agli alunni della scuola secondaria di I grado.

1. La finalità del progetto è quella di offrire un'attività di supporto psicologico erogata tramite sportello di ascolto e con i criteri tipici dello sportello di ascolto che quindi non prevede in nessun modo un'attività di psicoterapia e/o diagnostica. Sarà, invece, fonte di ascolto e ridefinizione dell'attuale momento per tutte le categorie che possono ritenere di aver bisogno di un confronto con professionisti qualificati nel campo della psicologia.
2. La prestazione offerta all'interno del progetto riguarda:
  - a. attività di ascolto e sostegno rivolto agli alunni della scuola secondaria di I grado;
  - b. colloqui di consulenza psicologica rivolti ai genitori degli alunni della scuola
  - c. primaria/secondaria di I grado e al personale della scuola;
3. L'attività svolta all'interno del progetto non è di natura medica o psicoterapeutica ma di ascolto e consulenza per cui il consenso allegato alla presente informativa è relativo alla partecipazione al progetto e al trattamento dei dati personali e non si configura come consenso informato per un trattamento medico.

Le prestazioni saranno rese presso i Plessi della scuola Secondaria di Primo grado "Leonardo da Vinci" in presenza e da remoto su piattaforma MEET di Gsuite.

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.ordinepsicologiveneto.it](http://www.ordinepsicologiveneto.it).

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 sottoscritta dott.ssa PUCCIARELLI NICOLETTA è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto IC "G. GABRIELI" 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.

**Mirano, 2 settembre 2022**

Nicoletta Pucciarelli



**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 dal dott.sa Pucciarelli Nicoletta

**Luogo e data**

**Firma**

**MINORENNI**

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

Nato/a a ..... prov. .... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a ..... prov.....

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 Nicoletta Pucciarelli

**Luogo e data**

**Firma della madre**

Il Sig. .... padre del minore.....

nato a ..... prov. .... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a ..... prov.....

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 Nicoletta Pucciarelli

**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 ..... prov. ....

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 Nicoletta Pucciarelli

**Luogo e data**

**Firma del tutore**