

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI SUPPORTO 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, nicoletta.pucciarelli@ordinepsicologiveneto.it, 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 2023/2024, l'ICS "G. Gabrieli" ha avviato le attività di Supporto Psicologico rivolto al personale scolastico, docenti e ATA, ai genitori dell'IC e agli alunni della scuola secondaria di I grado.

1. La finalità del progetto è quella di offrire un'attività di supporto psicologico, con i criteri tipici dello sportello di ascolto che, quindi, non prevede un'attività di psicoterapia e/o diagnostica. Sarà fonte di ascolto fondato sull'accettazione reciproca; uno spazio dove, incrementando la fiducia in sé stessi, si possa riflettere ed elaborare strategie educative consone ai propri stili personali e alle proprie inclinazioni.
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 di tutti gli ordini di scuola
 - c. conseling per i docenti e tutto il personale della scuola;
 - d. attività formative e informative per gruppi-classe e per gruppi di genitori.
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.

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, 10 gennaio 2024

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