

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPAZIO DI ASCOLTO –IIS “Oliveti-Panetta” Locri- Siderno

La sottoscritta Dott.ssa Francesca Racco Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Calabria n. 1525, recapito telefonico 3274550095, mail: psicologa@iisolivetipanetta locri.edu.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Spazio di Ascolto Psicologico presso l’IIS “Oliveti-Panetta”, sedi di Locri e Siderno, fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso le sedi dei diversi plessi di Locri e Siderno;
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l’uso di tecnologie di comunicazione a distanza qualora se ne ravvisi la necessità;
- La prestazione offerta riguarda colloqui psicologici all’interno dello Sportello d’ascolto;
- La prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di supporto psicologico;
- La prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità;
- Per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio 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.psicologicalabria.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. La dott.ssa Racco è titolare del trattamento dei dati raccolti.
- La dott.ssa Racco è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con CAMPI

***Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo
prima di sottoscriverlo.***

La Professionista (firma).....

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L’insegnante/ Il genitore

nome _____ cognome _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ via _____ 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 Francesca Racco 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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Francesca Racco 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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Francesca Racco 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 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 del tutore _____