

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

### SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO a.s. 2020/2021

La sottoscritta Dott.ssa Alessandra Balestra, Psicologa, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 03/13126, tel. 366.3556993, email alessandra.balestra@gmail.com

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "Gramsci" di Mulazzano fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso i diversi plessi dell'IC
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verranno utilizzati come strumenti: Skype, Meet, GSuite, Whatsapp con le seguenti modalità: incontri individuali o di gruppo di durata variabile in base all'attività. Gli incontri NON verranno in alcun modo videoregistrati. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e 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 previste dallo sportello di Ascolto potranno comprendere: attività col gruppo classe, attività di gruppo per adulti, attività di (in)formazione per adulti e famiglie, colloqui d'ascolto o supporto psicologico individuale o in piccolo gruppo, per studenti, famiglie, personale scolastico e docente, osservazioni sul gruppo classe, somministrazione di questionari, scale, interviste e raccolte dati, incontri o progetti su tematiche specifiche, gruppi di ascolto, attività di sostegno psicologico.
- La/Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito del CNOP.
- 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 -GDPR) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

#### La Professionista

**Alessandra Balestra**

---

#### **MAGGIORENNI - RIQUADRO 1**

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 Alessandra Balestra presso lo Sportello di ascolto, di persona o da remoto.

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

**MINORENNI - RIQUADRO 2**

**N.B. SONO NECESSARIE LE FIRME DI ENTRAMBI I GENITORI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
madre del minore \_\_\_\_\_  
FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_ DELLA SCUOLA \_\_\_\_\_

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 Alessandra Balestra presso lo Sportello di ascolto, di persona o da remoto.

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

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
Padre del minore \_\_\_\_\_  
FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_ DELLA SCUOLA \_\_\_\_\_

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 Alessandra Balestra presso lo Sportello di ascolto, di persona o da remoto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minore \_\_\_\_\_  
FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_ DELLA SCUOLA \_\_\_\_\_  
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 Alessandra Balestra presso lo Sportello di ascolto, in presenza o da remoto.

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