**Allegato E/2**

**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 dott.ssa **Federica Citarei**, Psicologa - Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi dell’Umbria n. 1121, posta elettronica: [**supportopsicologico@ddsangiovanni.edu.it**](mailto:supportopsicologico@ddsangiovanni.edu.it) **rende noto**:

**Modalità d'intervento**

Le prestazioni professionali presso e per conto della **Direzione Didattica San Giovanni**saranno rese:

* + **A distanza** tramitepiattaforma informatica dell’Istituto scolastico *Google Meet*, G-Suit

**Tipologia d'intervento**

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

* Consulenza individuale
* Consulenza nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili
* Osservazione/supervisione individuale nel gruppo classe
* Incontro informativo/formativo
* Altre richieste di intervento (specificare) ……………………………………………………………………….......

**Modalità organizzative**

Per accedere al servizio “Sportello d’Ascolto” sarà necessario inoltrare tramite email: [**supportopsicologico@ddsangiovanni.edu.it**](mailto:supportopsicologico@ddsangiovanni.edu.it)il modulo di prenotazione (**Allegato G**) e il modulo del consenso informato (**Allegato E/2**) debitamente compilati. **L’accesso è gratuito.** Sarà cura del professionista ricontattare il richiedente tramite e-mail per definire la data e l’orario dell’appuntamento a distanza.

**Scopi**

La consulenza psicologica consiste in un **consulto** nel quale vengono esaminati e discussi alcuni aspetti della **situazione evidenziata** dal richiedente: l'origine e la sua evoluzione, le risorse che è possibile attivare e le strade percorribili per alleviare l’eventuale disagio.

**Limiti**

Il professionista non può prendere in carico privatamente nessuno dei soggetti che usufruiscono del servizio. (Protocollo di intesa tra MIUR e CNOP). Se si renderà necessario o venisse richiesto un intervento di natura diagnostica, trattamentale o comunque differente dagli obiettivi dello Sportello d’Ascolto, l'utente verrà indirizzato presso strutture pubbliche o altri professionisti competenti in materia. Tale suggerimento non è da ritenersi in alcun modo vincolante per l'utente.

**Durata delle attività**

La consulenza è limitata a soli max 3 (tre) incontri per ciascun richiedente, la durata del colloquio è di 50 minuti.

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

Il professionista è tenuto al segreto professionale e il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all’attività dello spazio di ascolto scolastico e per adempiere agli obblighi derivanti dall'incarico.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Servizio, sono 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.

**NOTE FINALI**

La **Prof.ssa Teresa Assunta Fiorillo**, in qualità di Dirigente Scolastico è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell’incarico ricevuto dalla **Direzione Didattica San Giovanni** 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 (dieci) anni.
* Dati relativi allo stato di salute: eventuali 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 (cinque) anni successivi alla conclusione dell’Incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

**MINORENNI**

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

Nato/a a ........................................…………………………………………………………………………………. il \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………..... 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 **Federica Citarei**

**Terni, lì Firma della madre per presa d’atto** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Sig. .................................................................... padre del minorenne ……..…………………………………………………

nato a ........................................……………………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………....... 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 **Federica Citarei**

**Terni, lì Firma del padre per presa d’atto** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**PERSONE SOTTO TUTELA/AFFIDAMENTO**

La Sig.ra/Il Sig....................................................................... nata/o a……………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore/Affidatario del minorenne............................................................... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ………………………………………............................................... .............................................................................................................................................................................

residente a …………………..…………................ 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 **Federica Citarei**

**Terni, lì Firma del tutore/affidatario per presa d’atto** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_