

Consenso informato per lo sportello di ascolto psicologico ai minori

Ai sensi dell'art.24 del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani"

| | |
|---|-----------------------------|
| M | La sottoscritta _____ |
| A | nata a _____ () il _____ |
| M | residente a _____ () |
| M | indirizzo _____ |
| A | n. civico _____ C.AP. _____ |
| | Cell _____ E-mail _____ |

| | |
|----|-----------------------------|
| P | Il sottoscritto _____ |
| A | nato a _____ () il _____ |
| P | residente a _____ () |
| A' | indirizzo _____ |
| | n. civico _____ C.AP. _____ |
| | Cell _____ E-mail _____ |

affidandosi alla dott.ssa **LUCIA BAROLO**, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n. 4682 –Mail: info@barololucia.eu Mailpec lucia.barolo.110@psypec.it - + 39 342 0569361 – per prestazione professionali

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

nata/o a _____ () il _____

residente a _____

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

- la prestazione sarà resa sotto forma di SPORTELLO DI ASCOLTO PSICLOGICO per alunni e insegnanti c/o la Scuola secondaria di Primo grado dell'Istituto comprensivo Statale "TROFARELLO" – Via XXV maggio 48 10028 Trofarello To

- b) ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli Psicologi, **saranno utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento** per il benessere psicologico, ossia il colloquio
- c) la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori, ma è possibile concordare da **1 a 3 incontri** per ciascun alunno
- d) la Psicologa è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (art. 11 e 12 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani)
- e) il servizio di Spazio di Ascolto Psicologico è gratuito per l'utente che ne usufruisce
- f) La dott.ssa **Lucia Barolo** nella qualità di Titolare del trattamento dei suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti del Reg.to UE 2016/679 di seguito GDPR con la presente La informa che la citata normativa prevede la tutela degli interessi rispetto al trattamento dei dati personali e che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.
- g) I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo che elettronico, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
- h) Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
La dott.ssa **Lucia Barolo** è assicurata con polizza Rc Professionale sottoscritta con la Cassa Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani – CAMPI n. 500216747 e n. 511617286

La Signora _____ e il Signor _____

dichiarano di aver compreso quanto loro spiego dal professionista e qui sopra riportato e decidono a questo punto con piena consapevolezza di prestare, in virtù della potestà genitoriali, il loro consenso per questo AA.SS. 2023/24 affinché il/la figlio/a si avvalga delle prestazioni professionali della Dott.ssa Lucia Barolo come sopra descritte.

Luogo e data _____

Firma di entrambi i genitori (o chi ne fa le veci)

Firma della/del Professionista
