

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO

La sottoscritta Dott.ssa Simona Veneziano, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 5999, mail: [simona.veneziano@gmail.com](mailto:simona.veneziano@gmail.com), pec: [simona.veneziano.900@psypec.it](mailto:simona.veneziano.900@psypec.it), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Scientifico Statale G. Marconi di Parma fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede centrale dell'istituto, in Via della Costituente n.4;
- Le prestazioni online verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di E-Health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato la piattaforma Meet di Google dopo l'invio del link per il collegamento sulla casella di posta elettronica dell'istituto della persona che ne ha fatto richiesta. Gli incontri non potranno per nessun motivo essere registrati.  
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 dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) La prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica rivolta agli studenti, ai genitori e ai docenti ed è finalizzata al benessere psicologico, al sostegno emotivo e affettivo e si propone di offrire uno spazio di ascolto, riflessione e orientamento. Tale prestazione non è ascrivibile ad un percorso di psicoterapia.
  - b) Il numero di incontri potrà variare da un minimo di 1 ad un massimo di 3 (salvo eccezioni particolari);
  - c) Lo strumento utilizzato sarà il colloquio psicologico;
  - d) La psicologa valuta, ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art.11)
- 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 Professionista**

*Simona Veneziano*

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

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 dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi 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 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 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 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 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 \_\_\_\_\_