



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

La sottoscritta Dott.ssa Adriana Gadaleta, Psicologa iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 4482, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la **Scuola Secondaria di primo Grado "Dante Alighieri"** fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese online e/o in presenza presso **Scuola Secondaria di primo Grado "Dante Alighieri"**;
- Nel caso in cui non dovesse essere possibile svolgerle in presenza, le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento *WhatsApp, Google, google Meet o altro*, previo appuntamento via mail e invio della modulistica di autorizzazione richiesta. Durante il collegamento deve essere garantito che non siano presenti terze persone e che il colloquio non sia registrato.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) tipologia d'intervento - sportello d'ascolto psicologico;
  - b) modalità organizzative - **colloqui on-line e/o in presenza previa prenotazione;**
  - c) scopi - **benessere psicologico, sostegno emotivo, supporto alle pratiche educative e didattiche;**
  - d) durata delle attività - **anno scolastico 2022/2023.**
- La/Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) ;
- 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), [consultabile sul sito della Scuola](#), il cui titolare del trattamento dati è il Dirigente Scolastico.

**Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, inviandolo firmato e scansionato, all'indirizzo mail [adriana.gadaleta@dantealighierimodugno.edu.it](mailto:adriana.gadaleta@dantealighierimodugno.edu.it) allegando copia/e documenti di identità (in un unico file).**



## PER GLI ALUNNI

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 Adriana Gadaleta 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 Adriana Gadaleta 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 \_\_\_\_\_

## PER I GENITORI/INSEGNANTI

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 Adriana Gadaleta presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

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