

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

La sottoscritta dott.ssa Teresa Camporeale, Psicologa psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Puglia al n. 2314, recapito telefonico 347 3798025, prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola "Bovio - Mazzini" fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso il plesso centrale dell'istituto, mediante attività di sportello psicologico, che si presenta come la modalità di elezione per accogliere i disagi del singolo, sia esso alunno o genitore o docente o personale.

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.psicologipuglia.it

In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito Servizio, 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. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

NOTE FINALI

La sottoscritta dott.ssa Teresa Camporeale è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto "Bovio - Mazzini" 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.

Di seguito 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 anni.

I 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 anni successivi alla conclusione dell'Incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

Canosa di Puglia, lì _____

Firma del Professionista

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE LA TIPOLOGIA APPROPRIATA

MAGGIORENNI (per insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)

La signora / Il signor _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.ssa Teresa Camporeale.

Canosa di Puglia, lì _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____

e il Sig. _____,

genitori del/la minore _____

frequentante la classe _____ dell'istituto comprensivo Bovio - Mazzini, dichiarano 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 Teresa Camporeale.

Canosa di Puglia lì _____

Firma della madre _____

Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....

Tutore del minore.....

in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

.....

frequentante la classe _____ dell'istituto comprensivo Bovio - Mazzini, 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 Teresa Camporeale.

Canosa di Puglia, lì _____

Firma del tutore _____