

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO (MINORI)

(da far compilare e firmare a tutti coloro che detengano la responsabilità genitoriale del minore)

Io sottoscritta Dott.ssa Claudia Giusi Giuffrida, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia con il n. 8610, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore, informa i genitori di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nel colloquio psicologico, finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personale, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- la prestazione sarà resa nel rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare la Dott.ssa è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11); tale obbligo può essere derogato solo nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge, secondo quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- le prestazioni verranno rese presso i locali dell'Istituto e/o data la situazione attuale d'emergenza e le misure di tutela adottate per il contenimento della diffusione del Covid19, la prestazione che verrà offerta potrebbe anche consistere in consulenze psicologiche online.
- I dati forniti saranno trattati ai sensi del D. L.vo 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali", ivi compresi i dati sensibili e GDPR 679/2016;
- il trattamento dei dati avverrà secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e avrà come unico scopo l'espletamento delle finalità legate all'attività di consulenza e alla rilevazione dei bisogni del minore;
- il titolare e responsabile del trattamento dei dati è la Dott.ssa Claudia Giusi Giuffrida, Psicologa-Psicoterapeuta iscritta alla Sezione A dell'Albo degli Psicologi della Regione Siciliana n° 8610.

Io sottoscritto/anato/a.....il.....e residente
a.....in Via/Piazza..... identificato/a mediante documento:
..... n°..... rilasciato da..... il.....

Io sottoscritto/anato/a.....il.....e residente
a.....in Via/Piazza..... identificato/a mediante documento:
..... n°..... rilasciato da..... il.....

in quanto genitori o tutori della responsabilità genitoriale del minorenato/a
a ilfrequentante la classe sez.....

esprimiamo il nostro consenso affinché nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato con la Dott.ssa Claudia Giusi Giuffrida, come sopra sintetizzato.

Data.....

Firme

.....
.....