



ISTITUTO COMPRENSIVO "P. SOPRANI"
Scuola dell'Infanzia– Primaria –Secondaria 1°grado
CASTELFIDARDO (AN)

Tel. 071780068

Codice Fiscale N.80014390423

e-mail: anic83100r@istruzione.it - P.e.c.: anic83100r@pec.istruzione.it

sito web: <https://icsoprani.edu.it>

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

Il sottoscritto dott. Lucchetti Andrea, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Marche n. 2175, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'I.C. Soprani di Castelfidardo (AN), fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l'I.C. Soprani di Castelfidardo (AN), o attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. 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.

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.ordinepsicologimarche.it.

I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

il ___/___/_____

Tutore del

minorenne.....

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

residente a..... in via/piazza.....n.....

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 dal dott. Lucchetti Andrea, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____

Firma del tutore
