

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

### INTEGRAZIONE PER PRESTAZIONI INIZIALMENTE PREVISTE IN PRESENZA E SUCCESSIVAMENTE RESE A DISTANZA

Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP, **si informa che la prestazione** – per la quale in precedenza è già stato acquisito il relativo consenso informato - **verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.**

In particolare, verrà utilizzato lo strumento \_\_\_\_\_ (inserire la descrizione dello strumento informatico utilizzato da remoto, ad esempio tipo di tecnologia utilizzata: Skype, WhatsApp, o altro) con le seguenti modalità \_\_\_\_\_ (informazioni relative alla sicurezza e riservatezza del setting, possibilità o meno di registrare le sedute etc., evidenziando anche specificamente i rischi che eventualmente si potrebbero correre per la mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico del professionista).

La/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.

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

#### **MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente / L'insegnante / Il genitore \_\_\_\_\_ **PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE / TRATTAMENTO TERAPEUTICO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO.**

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

Firma \_\_\_\_\_

#### **MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE / TRATTAMENTO TERAPEUTICO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO.**

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

Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
**PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE / TRATTAMENTO TERAPEUTICO  
MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO.**

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. \_\_\_\_\_  
**PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE / TRATTAMENTO TERAPEUTICO  
MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO.**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_

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

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_

(inserire recapiti di contatto: recapito telefonico | indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria | Posta Elettronica Certificata | ogni altra informazione utile) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico \_\_\_\_\_ fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso \_\_\_\_\_ (indicare il luogo nel quale saranno rese le prestazioni professionali qualora l'attività sia svolta 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 \_\_\_\_\_ (inserire la descrizione dello strumento informatico utilizzato da remoto, ad esempio tipo di tecnologia utilizzata: Skype, WhatsApp, o altro) con le seguenti modalità \_\_\_\_\_ (informazioni relative alla sicurezza e riservatezza del setting, possibilità o meno di registrare le sedute etc., evidenziando anche specificamente i rischi che eventualmente si potrebbero correre per la mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico del professionista). 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) tipologia d'intervento \_\_\_\_\_
  - b) modalità organizzative \_\_\_\_\_
  - c) scopi \_\_\_\_\_
  - d) limiti \_\_\_\_\_
  - e) durata delle attività \_\_\_\_\_
- La/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.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it)

- 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.

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

La/Il Professionista (firma).....

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE 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 E-Health 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 \_\_\_\_\_