

ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA"
CALTAGIRONE (CT)

Sedi: IPSIA Caltagirone - IPSIA Casa Circondariale - IPSEOA Mineo

CONSENSO INFORMATO PER SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO CON MINORE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa La Gona Flavia, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia con il n. 7209, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore

_____, informa i tutori legali di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in colloqui di sostegno, ed è finalizzata alla consulenza scolastica.
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno colloquio e test.
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa.
- le prestazioni verranno rese presso l'Istituto _____.
- la consulenza scolastica attivata con lo sportello d'ascolto è da ritenersi gratuita per l'utenza.
- in qualsiasi momento il paziente/cliente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto.
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.

Firma dello psicologo _____

Responsabile Attività Istruttoria:	Direttore S.G.A. Salvatore Amenta
------------------------------------	-----------------------------------

ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA"
CALTAGIRONE (CT)

Sedi: IPSIA Caltagirone - IPSIA Casa Circondariale - IPSEOA Mineo

Dopo aver ricevuto l'informatica di cui sopra, i sottoscritti _____

E _____ genitore/i affidatario/i

Dell'alunno/a _____ nata a _____ il _____

Dichiarano di aver adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato.

Luogo e data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma del tutore _____

Firma dello Psicologo _____

N.B. Al presente modulo vanno allegate le fotocopie dei documenti d'identità di entrambi i genitori/tutori, firmate

Responsabile Attività Istruttoria:	Direttore S.G.A. Salvatore Amenta
------------------------------------	-----------------------------------



**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA"
CALTAGIRONE (CT)**

Sedi: IPSIA Caltagirone - IPSIA Casa Circondariale - IPSEO Mineo

Alla cortese att.ne del Titolare del trattamento

Preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali

La/Il sottoscritta/o _____, nata/o a _____ il _____

e la/Il sottoscritta/o _____, nata/o a _____ il _____

genitori/tutori dell'alunna/o _____

o, in alternativa (alunno maggiorenne), la/il sottoscritta/o _____

frequentante la classe _____ sez. _____ dell'Istituto, (di seguito denominati per semplicità "interessato"),

DICHIARA / DICHIARANO

a) di avere acquisito in data odierna l'informativa "alunni e famiglie" fornita dal titolare ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679 e reperibile nella sezione dedicata alla Privacy e Protezione dei dati personali del sito WEB dell'Istituto, al link:

<https://netcrm.netsenseweb.com/scuola/privacy/netsense/CTIS024002>.

b) Di impegnarsi, qualora fosse destinatario di elaborati contenenti foto e video dei ragazzi ripresi durante attività didattiche di particolare rilievo (progetti / recite / gite / saggi / ecc), ad utilizzarli esclusivamente per fini personali e in ambito familiare o amicale, astenendosi dal diffonderli attraverso canali sociali (facebook / ecc.), web o qualsiasi altro mezzo di comunicazione senza il consenso delle persone riprese. Tali elaborati non saranno oggetto di diffusione da parte dell'Istituto. Resta fermo il diritto di opposizione dell'interessato a tale trattamento, da esercitare utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione nell'area privacy e protezione dei dati del sito WEB dell'istituto.

Solo nel caso di utilizzo del sistema "Pago in rete"

codice fiscale da associare a quello dell'alunno _____

Si richiede di associare all'alunno/a il profilo del rappresentante di classe, al fine di permettere a quest'ultimo di effettuare per conto del/i dichiarante/i i pagamenti degli avvisi telematici. (barrare nel caso di richiesta)

Data _____ Firma gen.1/maggiorenne _____ Firma gen.2 _____

Il/la sottoscritt____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____