

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

Sedi: IPSIA Caltagirone - IPSIA Casa Circondariale - IPSEOA Mineo

Alla Psicologa Dott.ssa _____

MODULO DI RICHIESTA COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA E ORIENTAMENTO
PERSONALE SCOLASTICO (DOCENTI E ATA), GENITORI, STUDENTI MAGGIORENNI

Il/La sottoscritto/a nato/a a

Il residente in Via

in qualità di..... (docente, ATA, genitore, studente maggiorenne)

dell'Istituto di istruzione superiore " C.A.A DALLA CHIESA " di Caltagirone

chiede

di poter fruire di Sua prestazione professionale di sostegno psicologico e orientamento.

Al fine di concordare con la S.V. tempi e modalità di colloquio, il/la sottoscritto/a comunica i seguenti
propri dati:

recapito telefonico

Indirizzo e-mail

Si allega alla presente:

- Copia del Documento di identità in corso di validità del/della sottoscritto/a

NOTA BENE : lo scrivente dovrà necessariamente compilare in ogni sua parte il MODULO DI CONSENSO
INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO ED ORIENTAMENTO.

Responsabile Attività Istruttoria:	Giovinetto angela maria
------------------------------------	-------------------------

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

Sedi: IPSIA Caltagirone - IPSIA Casa Circondariale - IPSEOA Mineo

**CONSENSO INFORMATO
ADULTI**

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa La Gona Flavia iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia con il n.7209, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra _____, lo/la informa 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, lo strumento principale di intervento sarà il colloquio.
- 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.

Dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra, il sig./la sig.ra _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in Via _____ n. _____ dichiara di
avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare
l'intervento concordato.

Luogo e data _____

Firma _____

Responsabile Attività Istruttoria:

Giovinetto angela maria



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA



UNIONE EUROPEA

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

Sedi: IPSIA Caltagirone - IPSIA Casa Circondariale - IPSEOA 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/CTISO24002>.

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 _____