CONSENSO INFORMATO
PER PRESTAZIONI DI SPORTELLO DI ASCOLTO A MINORI
Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

La dott.ssa **Silvana Cerrato**, Psicologa e Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte, iscrizione nr. 2499 (del 31/01/2000); PEC: silvana.cerrato.382@psypec.it; prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore _____ fornisce al Sig. _____ (padre del minore) e alla Sig.ra _____ (madre del minore), esercenti la potestà genitoriale, le seguenti informazioni:

1. La prestazione sarà resa sotto forma di SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO per alunni *, corpo docente e genitori, in presenza o in modalità online.
2. Ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, **saranno utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento** per la prevenzione e l'orientamento, quali il *colloquio, l'osservazione, gli interventi a tema all'interno delle classi*.
3. La durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori, ma è possibile concordare da **1 a 3 incontri** per utente.
4. Lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (art.11 e 12 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).
5. Le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati di volta in volta. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.
6. Il servizio di Spazio di ascolto psicologico è **gratuito** per l'utente che ne usufruisce ed è a carico dell'Istituto Comprensivo di Cambiano.
7. La dott.ssa Silvana Cerrato, nella qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti del Reg.to UE 2016/679 di seguito 'GDPR', con la presente La informa che la citata normativa prevede la tutela degli interessati rispetto al trattamento dei dati personali e che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.
8. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo che elettronico, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
9. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ dichiarano di aver compreso quanto loro spiegato dal professionista e qui sopra riportato e decidono a questo punto con piena consapevolezza, in virtù della potestà genitoriale, di

prestare consenso

negare consenso

Firma (padre del minore) _____

prestare consenso

negare consenso

Firma (madre del minore) _____

affinché il/la figlio/a si avvalga delle prestazioni professionali della dott.ssa Silvana Cerrato come sopra descritte.

Luogo e data _____