

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

La dott.ssa Liliana Collura, Psicologa e Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte, iscrizione n.5702 sez. A; mail: colluraliliana@gmail.com; PEC: liliana.collura.787@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* e insegnanti c/o la Scuola secondaria di primo grado dell'I.C. di Cambiano e per i genitori e la cittadinanza presso la Casa della Salute di Via Onorio Mosso.
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 offerto dall'Amministrazione Comunale di Cambiano, in collaborazione con la Cooperativa Cittattiva.
7. La dott.ssa **Liliana Collura** 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.

*Gli alunni che avranno accesso diretto allo sportello saranno quelli della Scuola secondaria di primo grado.

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 di prestare, in virtù della potestà genitoriale, il loro consenso affinché il/la figlio/a si avvalga delle prestazioni professionali della dott.ssa Liliana Collura come sopra descritte.

Luogo e data _____

Firma (padre del minore) _____

Firma (madre del minore) _____