

## CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA

*Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"*

### **SERVIZIO SPORTELLO ASCOLTO PSICOLOGICO DOCENTI**

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... residente  
a ..... in via ..... docente  
dell'Istituto Scolastico \_\_\_\_\_ del Comune di  
\_\_\_\_\_, affidandosi alla dott.ssa Dr.ssa Massimini Maria Roberta  
Psicologo del SERVIZIO SPORTELLO ASCOLTO PSICOLOGICO DOCENTI

#### **è informato:**

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica non finalizzata al trattamento;
- che a tal fine potrà essere utilizzato il colloquio clinico per la prevenzione, le attività di orientamento e di sostegno in ambito psicologico;
- che lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico;
- che la frequenza dei colloqui è da considerarsi per un massimo di n. 3 incontri per ciascun utente aderente al servizio;
- che in qualsiasi momento si può comunicare all'esperto la volontà di interruzione rendendosi disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto quando constata che la persona non trae alcun beneficio dalla consulenza e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento dello stesso - se richiesto, fornisce alla persona le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- 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.psicologipuglia.it](http://www.psicologipuglia.it).
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

Dopo aver ricevuto l'informativa di cui sopra il sottoscritto dichiara di aver adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare lo stesso concordato con l'esperto.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dr.ssa Massimini Maria Roberta

**Segue a pag.2 Informativa Privacy**

## INFORMATIVA PRIVACY

Comunicazione ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n.196 del 30.6.2003 e art 13 GDPR 679/2016 e dichiarazione di CONSENSO INFORMATO

La informiamo che tutti i dati personali trattati all'interno del Servizio Sportello di Ascolto Psicologico Docenti, sono coperti dal disposto del Decreto Legislativo n. 196/03 e GDPR 679/16 e che i relativi diritti ed obblighi previsti dalla normativa medesima.

Il trattamento dei dati da noi forniti è effettuato ai sensi del D: Lgs. 193/06 e GDPR 679/2016, ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del Trattamento dati è l'Istituto

Scolastico \_\_\_\_\_ nella persona di \_\_\_\_\_ .

I dati, all'interno del Servizio Sportello di Ascolto Psicologico Docenti, saranno trattati unicamente dal personale espressamente autorizzato dal Responsabile. L'A.T.I., in quanto gestore di un Servizio pubblico e per assolvere a tale funzione, potrà comunicare i tutti i dati e contenuti relativi al percorso di cui primo punto, alla Dirigente Scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ **quale Titolare del Trattamento dei Dati.**

### Consenso al trattamento dei dati

**(ai sensi del Capo III del D.Lgs 196/03 e GDPR 679/216 e ai sensi e per gli effetti dell'articolo 10 del C.C.)**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ ,  
vista l'informativa di cui sopra autorizza al trattamento dei dati

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento del docente.