

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

I sottoscritti, **Dott. Luca Capiluppi** Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Toscana n. 7799, indirizzo email capiluppiluca@gmail.com,

e

Dott.ssa Camilla Sabatini Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana

n. 8329, indirizzo email camilla.sabatini1@gmail.com

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Liceo Scientifico Leonardo Da Vinci forniscono le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede del Liceo in Via Giovanni de' Marignolli, 1 a Firenze o in modalità online se necessario.
- Le prestazioni online verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. A tal riguardo la/il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate attraverso appuntamento individuale nelle giornate e negli orari comunicati all'Istituto dallo psicologo. Gli incontri avranno una durata massima di 45 minuti e, al fine di garantire una maggiore fruibilità del servizio a tutti gli alunni, si limitano gli interventi ad un massimo di 4 incontri per alunno.
- La/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.ordinepsicologitoscana.it
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Dott. Luca Capiluppi

Dott.ssa Camilla Sabatini

Compilare il riquadro di pertinenza

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal Dott. Luca Capiluppi/ della Dott.ssa Camilla Sabatini presso lo Sportello di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività dovessero svolgersi a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ genitore del minore _____

nata a _____ il ___/___/___

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Dott. Luca Capiluppi e la Dott.ssa Camilla Sabatini presso lo Sportello di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività dovessero svolgersi a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

Il Sig. _____ genitore del minore _____

nato a _____ il ___/___/___ e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Dott. Luca Capiluppi/dalla Dott.ssa Camilla Sabatini presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività dovessero svolgersi a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ___/___/___

Tutore del minore _____ in ragione di _____ *(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)* residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Dott. Luca Capiluppi/dalla Dott.ssa Camilla Sabatini presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività dovessero svolgersi a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____