

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

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

La sottoscritta Dott.ssa CONCETTA ROSARIA GIUSEPPINA ARNONE, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania n. 5063, (tel. 3492829589, email: tinarn@psicologanocera.it email concetta.arnone@1circoloscafati.edu.it) prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola *Direzione Didattica Statale Scafati I in Scafati (Sa)* fornisce le seguenti informazioni.

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

Tipologia d'intervento

- Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili (anche on line)
- Osservazione individuale dello studente nel gruppo classe (anche on line)
- Incontro informativo/formativo (anche on line)
- Altro (specificare)

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine della Regione Campania.

In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

NOTE FINALI

La sottoscritta Dott.ssa Concetta R. G. Arnone, è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto Scuola *Direzione Didattica Statale Scafati I in Scafati (Sa)* e pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

Qui di seguito riportiamo i tempi di conservazione in relazione alle differenti finalità sopra elencate:

- Dati anagrafici e di contatto: tali verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: I Dati relativi allo stato di salute saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'Incarico ed al perseguimento delle finalità proprie dell'Incarico stesso e comunque per un periodo non superiore a 5 anni successivi alla conclusione dell'Incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

Luogo e data

Firma del Professionista

MINORENNI

La Sig.ra madre del/la minore
.....

Nato/a a il
___/___/___

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minore
.....

nato a
il ___/___/___

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.

Luogo e data

Firma del padre

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 e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.

Luogo e data

Firma del tutore