

CONSENSO INFORMATO

La sottoscritta psicologa

Dott.ssa GAMBÀ FABIANA, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 13218, mail gamba.fabiana@yahoo.it, Assicurazione Responsabilità Civile Terzi e Professionale *Allianz S.p.A., Milano polizza N. 500216747*

prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola *IC Rita Levi Montalcini di Montichiari* fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede dell'Istituto;

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

Tipologia d'intervento

Intervento individuale con il minore su richiesta del corpo docenti con il consenso dei genitori finalizzato ad aiutare il minore a compiere una scelta consapevole rispetto all'individuazione della scuola secondaria di secondo grado sulla base di quanto emerso dai test attitudinali predisposti e somministrati dai docenti e delle inclinazioni dei singoli alunni.

In nessun caso l'intervento si configura come una psicoterapia

Modalità organizzative

Gli incontri si svolgeranno previa calendarizzazione effettuata con il team docenti.

Gli incontri potranno essere svolti dal lunedì al sabato verrà data tempestiva informazione alla famiglia tramite circolare della Dirigente scolastica in relazione alle possibili date, ogni incontro avrà la durata di circa 30 minuti

Durata delle attività gennaio/febbraio2024.

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.ordinepsicologiveneto.it.

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

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito Servizio, comunque coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

NOTE FINALI

La sottoscritta:

dott.ssa. GAMBÀ FABIANA,

è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall' *IC Rita Levi Montalcini di Montichiari* 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.

La Sig.ra madre del/la minore

Classe frequentata sezione..... indirizzo

La sig.ra Nato/a a il

___/___/___ e residente a

in via/piazzan.....

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 dalla dott.ssa GAMBA FABIANA

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorene

Classe frequentata sezione..... indirizzo

Il sig.nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 dalla dott.ssa GAMBA FABIANA

Luogo e data

Firma del padre