

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO Anno Scolastico 2023/2024

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

Il sottoscritto Dott. Roberto Targon, Psicologo, iscritto all'Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi del Veneto n.6718, mail targon.roberto@artevr.it, prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola Liceo Artistico di Verona, via delle coste,6, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede di Istituto Liceo artistico (VR) e nella succursale dell'edificio scuola Fermi(VR); se necessario i colloqui e le attività previste avverranno in modalità online.

Le attività professionali **su richiesta** della scuola, dei docenti, dei genitori o degli studenti si organizzeranno attraverso:

Tipologia d'intervento

- _ Incontri individuali (Colloqui presso lo Sportello di Ascolto)
- _ Interventi nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili
- _ Incontri informativi/formativi
- _ Questionari di informazione e ricerca interna alla scuola rivolti a studenti, genitori, docenti e/o personale scolastico, su temi di interesse psico-educativo

Modalità organizzative:

Sportello di Ascolto: I colloqui individuali **sono rivolti a studenti, docenti, genitori e personale scolastico**. Gli incontri individuali verranno svolti in forma riservata in presenza e/o online presso lo Sportello di Ascolto che avrà sede fisica in uno spazio della scuola. L'appuntamento con il sottoscritto potrà essere fissato inviandomi una mail (targon.roberto@artevr.it) **previo consenso informato per studenti minorenni con la firma di entrambi i genitori** (art. 24 e art.31 Codice Deontologico) trattandosi di consenso ad una prestazione sanitaria non inclusa nel PTOF. Le persone maggiorenne potranno firmare per se stesse il presente modulo. Sarà possibile accettare una sola firma del genitore nel caso in cui ci sia un affidamento esclusivo del minore ad un genitore che ne ricopra la responsabilità genitoriale (con Decreto del Tribunale Minori) o in presenza della nomina di un Tutore Legale. Al consenso firmato andrà **SEMPRE allegata la copia della carta di identità di chi firma per il minore o la carta di identità dello studente o adulto maggiorenne**. Nel caso di colloquio online, lo stesso verrà svolto sulla piattaforma Meet utilizzata dalla scuola e al richiedente sarà inviato il link di partecipazione sulla mail scolastica 5 minuti prima del collegamento. Le consulenze online dovranno avvenire per entrambi (Psicologa e utente) in luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati. E' punita con la legge la audio-videoregistrazione del colloquio da parte dell'utente.

Interventi nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili/ Osservazioni del gruppo classe: su richiesta degli studenti o del corpo docente potranno essere attivati interventi laboratoriali o di osservazione nel gruppo classe su tematiche di interesse. Il presente modulo di consenso, se adeguatamente firmato (per gli studenti minorenni è **tassativa la firma di entrambe i genitori**) avrà già valore per permettere al proprio figlio/a di partecipare alle attività. I genitori di minori verranno comunque avvisati tramite registro elettronico o libretto personale dell'inizio delle attività in classe. Nell'avviso verrà specificata anche l'attività extra-classe prevista per chi non parteciperà agli interventi in classe non avendo ottenuto il consenso dei genitori.

Incontri informativi/formativi: nel corso dell'anno scolastico potranno essere organizzati incontri rivolti a studenti, docenti e genitori. Si fa qui riferimento ad incontri su tematiche specifiche di interesse.

Scopi: In generale lo scopo di tutte le attività previste è quello di promuovere negli studenti appartenenza, inclusione e benessere a scuola. Le attività che saranno previste per docenti e genitori avranno lo scopo di promuovere e implementare riflessioni e conoscenze orientate al proprio ruolo e con l'obiettivo di fare rete educativa con le famiglie, a favore degli studenti e delle relazioni tra adulti.

Limiti: L'art.li 11_12_13 del Codice Deontologico sanciscono l'osservanza da parte della Psicologa del Segreto Professionale. La psicologa quindi, non rivelerà i contenuti dei colloqui individuali a meno che l'utente non si accordi con lei per rivelare informazioni a terzi. L'art.31 del Codice Deontologico sancisce la possibilità di accesso ad un primo colloquio da parte di un minore ANCHE senza il consenso dei genitori. Dal 2° colloquio sarà necessario il consenso dei genitori. Inoltre, lo psicologo scolastico, in veste di pubblico ufficiale è tenuto, in caso venga a conoscenza di reati perseguibili d'ufficio, a refertare alle Autorità preposte.

Durata delle attività : anno scolastico 2023/2024

Il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologiveneto.it.

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. Per quanto riguarda le osservazioni in classe e/o le attività laboratoriali, lo Psicologo potrà condividere con genitori e docenti elementi di ordine generale e strettamente utili per implementare ulteriori interventi di sostegno alla genitorialità e/o lo svolgimento del ruolo didattico/educativo. Eventuali relazioni scritte riguardanti l'andamento delle attività previste saranno consegnate **esclusivamente** al Dirigente Scolastico.

NOTE FINALI

Il sottoscritto dott. Roberto Targon è Responsabile del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto 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. La scuola rimane Titolare del trattamento dei dati personali raccolti.

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.

PER MAGGIORENNI (per studenti maggiorenni, insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)

La studentessa / Lo studente / La signora / Il signor dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dr Roberto Targon.

Luogo e data

Firma

PER I MINORENNI: per far accedere il proprio figlio/a ai servizi proposti dallo psicologo sono necessarie ENTRAMBE le firme dei genitori.

Il/La Sig./ra
Nato/a a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....

GENITORE DEL MINORE (nome e cognome del minore) _____
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. Roberto Targon

Luogo e data

Firma

Il/La Sig./ra
Nato/a a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....

GENITORE DEL MINORE (nome e cognome del minore) _____
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 dr Roberto Targon

Luogo e data

Firma

PERSONE SOTTO TUTELA

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

Tutore del minorenni.....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