

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI
ALLO "SPORTELLO PSICOLOGICO"**
**da riconsegnare obbligatoriamente alla Dott.ssa Robiglio al primo incontro
e per conoscenza al coordinatore di classe**

La sottoscritta Dott.ssa Laura Robiglio, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Piemonte (n. 7039), mail laura.robiglio@volta-alessandria.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'ITISVolta di Alessandria fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni potranno essere rese in presenza presso l'Istituto ovvero verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato l'applicazione Google Meet con l'account dell'allievo fornito dall'Istituto (nome.cognome@volta-alessandria.it). La 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 dotata di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:

- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>.
- La prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- Il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo eccezioni particolari).
- La psicologa Dott.ssa Laura Robiglio valuterà ed eventualmente, se richiesto, fornirà al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- La psicologa Dott.ssa Laura Robiglio è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- La psicologa Dott.ssa Laura Robiglio potrà derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.
- 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.
- Informativa trattamento <https://istitutovolta.edu.it/privacy-policy-2/>

Dott.ssa Laura Robiglio

MINORENNI

La Sig.ra _____ **madre** del/della 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 e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Laura Robiglio presso l'Istituto o Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ **padre** del/della 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 e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Laura Robiglio presso l'Istituto o Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma del padre _____