SPORTELLO DI ASCOLTO ISTITUTO COMPRENSIVO ALIGHIERI - RIMINI

Lo psicologo intestatario dello sportello d'ascolto e degli interventi presso questo istituto comprensivo, dott. Zavoli William, iscritto all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna n. 2881, zavoli.wiliam@icalighieri.it , prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto istituito fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza per gli studenti e insegnanti, presso gli spazi della scuola in orario mattutino, nelle giornate e negli orari indicati nella circolare informativa;
- Per i genitori invece, i colloqui verranno svolti online, tramite l'app MEET di Google Workspace;
- 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.ordinepsicologier.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 e a riconsegnarlo compilato al Docente coordinatore di classe.

Il Professionista dott. WILIAM ZAVOLI

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra _____ nata a _____ il____/___/__e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ madre del minore _____ frequentante la classe_____ sezione_____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la proprio figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Wiliam Zavoli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data_____ Firma della madre_____

Il Sig._____ nato a _____ il____/___/_____ e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ padre del minore _____ frequentante la classe_____ sezione_____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il proprio figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Wiliam Zavoli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data_____ Firma del padre_____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____nata/o a _____il____/___/_____ in ragione di _____ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*) residente a _____ in via/piazza n. _____, Tutore del minore _____classe_____ sezione_____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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. Wiliam Zavoli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____