

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI RELATIVE AL SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO DI ISTITUTO – A.S. 2025/2026 -

La sottoscritta Dott.ssa Alessandra Grespan, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 12273, (riferimento di contatto: alessandra.grespan@liceoduca.it), prima di rendere le prestazioni professionali relative al servizio di supporto psicologico e attività di monitoraggio/prevenzione del disagio scolastico, fornisce le seguenti informazioni.

- Il servizio ha come finalità la promozione del benessere e del successo formativo degli studenti.
- A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, il sostegno e la promozione del benessere in ambito psicologico.
- Le prestazioni non sono ascrivibili a un intervento clinico, non trattandosi di azioni che possano qualificarsi come “diagnosi” o “psicoterapia”.
- Gli strumenti di intervento consisteranno in colloqui individuali di sostegno psicologico
- In qualsiasi momento sarà possibile decidere di interrompere il rapporto con la professionista.
- Il servizio sarà svolto, previo appuntamento, su libera richiesta degli alunni o del personale scolastico che ne esplicitano necessità, seguendo le modalità indicate nel relativo comunicato.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line (www.opl.it), in particolare al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza. Pertanto, i dati personali e sensibili dell'interessato saranno coperti dal segreto professionale nonché utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico.

La Professionista

AUTORIZZAZIONE SERVIZIO DI SOSTEGNO PSICOLOGICO

Visto e compreso quanto sopra indicato,

il/la sottoscritto/a

Nome

Cognome

Nato/a il/...../..... a, in provincia di (.....),

residente aPr.

C.F.															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

di aver preso conoscenza del servizio di supporto psicologico di Istituto gestito dalla Psicologa, Dott.ssa Alessandra Grespan, avendo preso visione integrale dell'Informativa completa sulla Privacy e della finalità che questo servizio intende perseguire ai fini del benessere e del successo formativo degli studenti.

FORNISCE IL CONSENSO

Avendo ricevuto apposita informativa, esprime il proprio libero consenso al servizio di sostegno psicologico

PRESTA IL CONSENSO

al trattamento dei dati sensibili ai sensi del G.D.P.R. (Regolamento UE 2016/679) vedi link di pubblicazione

https://liceoduca.edu.it/wp-content/uploads/2024/04/Informativa_GDPR_consenso_servizio_di_sostegno_psicologico.pdf

☐ SÌ

☐ NO

FIRMA _____