

**Dott.ssa Claudia Fé**  
Psicologa – Psicoterapeuta

P.zza Vittorio Emanuele II n.25 -  
10040 Leini (TO)  
fe.claudia.psi@gmail.com  
C.F. FEXCLD83L69L219M  
P.IVA 10338660011

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta

dott.ssa Claudia Fé,  
Psicologa,  
iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n. 5785,  
Email: [fe.claudia.psi@gmail.com](mailto:fe.claudia.psi@gmail.com)

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Statale "Borgata Paradiso" di Collegno (TO), fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la Scuola Secondaria di I grado "Borgata Paradiso" in presenza, oppure tramite canali cartacei/multimediali in accordo alle richieste ed esigenze organizzative;

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

### (a) tipologia d'intervento

Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico. Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani");

### (b) modalità organizzative

Lo sportello d'ascolto psicologico è rivolto ai ragazzi della scuola Secondaria di 1° Grado, a tutto il personale scolastico e ai genitori dell'IC "Borgata Paradiso". Il servizio di sportello psicologico si attiverà su prenotazione dello stesso secondo una delle seguenti modalità:

1. cassetta postale per le richieste degli studenti della Scuola Secondaria di 1° grado, collocata all'entrata (postazione collaboratori scolastici);
2. richiesta del personale scolastico e delle famiglie tramite email all'indirizzo email: [combatti.rosetta@scuoleparadiso.it](mailto:combatti.rosetta@scuoleparadiso.it)

### (c) limiti

Per l'accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori. In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista;

### (d) durata delle attività

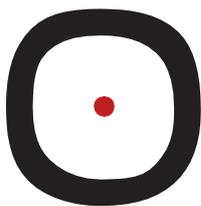
Lo sportello psicologico sarà attivo dal mese di dicembre 2022 al mese di giugno 2023. La durata del colloquio ha durata pari a 45 minuti.

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 <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>.

I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

**Il Professionista (firma).....**



**Dott.ssa Claudia Fé**  
Psicologa – Psicoterapeuta

P.zza Vittorio Emanuele II n.25 -  
10040 Leini (TO)  
fe.claudia.psi@gmail.com  
C.F. FEXCLD83L69L219M  
P.IVA 10338660011

**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**

La dott.ssa Claudia Fé titolare del trattamento dei dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico di cui sopra intende informare l'interessato in merito al loro utilizzo. I dati personali raccolti sono:

1. *dati anagrafici, di contatto – informazioni relative al nome, cognome e dati anagrafici*
2. dati relativi allo stato di salute

I dati personali e particolari (ivi compresi quelli sanitari), e quanto correlato agli interventi pedagogici-educativi (per esempio: esiti degli strumenti di valutazione, registrazioni audio e/o video) possono essere oggetto di trattamento solamente per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dalla/o psicologa/o costituiscono dati professionali, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta.

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

I dati personali raccolti saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).

I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:

- dati anagrafici e di contatto: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi (es. Google, Dropbox, Skype....) per la mera gestione tecnica dei dati nelle comunicazioni o trattamenti di dati legati alle prestazioni;
- dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi.

Gli interessati in qualsiasi momento potranno esercitare i diritti di cui agli articoli 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 del GDPR inviando una mail o una comunicazione scritta ai recapiti del Titolare e per l'effetto ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali degli interessati, verificarne l'esattezza o richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione;
- l'accesso, la rettifica, la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento;
- la cancellazione, trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati personali trattati in violazione di legge.

In qualsiasi momento, inoltre, l'interessato potrà opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano o revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

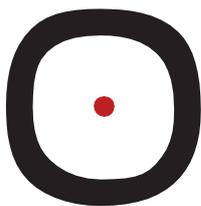
Il Titolare potrà comunque conservare taluni dati personali anche dopo la richiesta di cessazione del trattamento esclusivamente per difendere o far valere un proprio diritto, ovvero nei casi previsti dalla legge o per effetto dell'ordine di un'autorità giudiziaria o amministrativa.

Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati [fe.claudia.psi@gmail.com](mailto:fe.claudia.psi@gmail.com)

Firma della/del Professionista \_\_\_\_\_

**Visto e compreso tutto** quanto sopra indicato si invita la persona assistita/il tutore/esercitante la responsabilità genitoriale a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**



**Dott.ssa Claudia Fé**  
Psicologa – Psicoterapeuta

P.zza Vittorio Emanuele II n.25 -  
10040 Leini (TO)  
fe.claudia.psi@gmail.com  
C.F. FEXCLD83L69L219M  
P.IVA 10338660011

**MAGGIORENNI**

La Sig.ra/ Il Sig. .... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Claudia Fé presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....

nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e 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 • NON PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO

affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Claudia Fé presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data .....

**Firma della madre**

Il Sig. .... padre del minorenni.....

nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e 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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Claudia Fé presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data data .....

**Firma del padre**

**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 • NON PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO

affinché il/la minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Claudia Fé presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore