

CONSENSO INFORMATO
UTILIZZO SPORTELLO DI ASCOLTO A DISTANZA

Il/La/I sottoscritto/a/i _____ genitore/i
(o tutore) del minore _____ affidandosi agli
operatori dello sportello di Ascolto del Liceo Classico “Luigi Galvani”, Via Castiglione 38, Bologna
è/sono informato/i che:

- la prestazione consiste in un sostegno e una consulenza psicologica a distanza, finalizzata a recuperare il benessere psicologico dell’individuo e non avrà finalità né diagnostica, né psicoterapeutica;
- potranno essere usati strumenti conoscitivi per avere delle informazioni utili per la relazione di supporto;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui sviluppati in modalità “on line”, a distanza **tramite telefono oppure applicazione (voce o video)**: ogni consulenza potrà avere una durata di 40-50 minuti; ovvero **tramite videochiamata Skype**: ogni video-consulenza potrà avere una durata di 45 minuti. Per entrambe le modalità è ESCLUSA la REGISTRAZIONE della CONVERSAZIONE;
- tali consulenze “a distanza” dovranno avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
- i dati forniti saranno trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è la dott.ssa _____ ;
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- il trattamento dei dati ha come scopo l’espletamento delle finalità di consulenza a DISTANZA e comunque strettamente legate alle finalità della relazione di sostegno;
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà quindi luogo con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del Dirigente Scolastico;
- una volta concluso il proprio intervento, la dott.ssa _____ s’impegna ad utilizzare l’eventuale materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.

Noi sottoscritti, in qualità di esercitanti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui i colloqui presso lo sportello d’ascolto a distanza del Liceo Ginnasio LUIGI GALVANI, Via Castiglione 38 - Bologna, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.

(Luogo e data)

(Firma)

(Firma)