

**Dichiarazione, di consenso informato, resa alla dott.ssa dello Sportello d'Ascolto dott.ssa  
Marianna Rudino - presso l'I.C. G. Carducci di Busca**

Io sottoscritto **padre** del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ identificato mediante documento: n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e io sottoscritta **madre** del minore \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ identificato mediante documento: n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**ESPRIMIAMO IL NOSTRO CONSENSO**

a che nostro/a figlio/a \_\_\_\_\_ usufruisca della consulenza psicologica presso i locali dell'I.C. G. Carducci di Busca (Cn) o tramite modalità a distanza esercitata dalla psicologa Dott.ssa **Marianna Rudino**, consapevoli che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, alla normativa sulla privacy e informati sulle tipologie di intervento e sulle finalità del progetto di ascolto psicologico attivato dalla scuola.

I sottoscritti autorizzano il trattamento dei propri dati personali ai sensi del dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), sono consapevoli che potranno esercitare i diritti previsti dal succitato Regolamento e dichiarano di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo Istituto pubblicata sull'Albo On-Line ufficiale e di averne compreso il contenuto.

I genitori, accettando il consenso alla consulenza psicologica a distanza, dichiarano di essere informato rispetto quanto segue:

- che la prestazione offerta è una consulenza psicologica a distanza finalizzata al conseguimento di una preliminare valutazione necessaria all'eventuale proposta di invio a strutture territoriali, o di un intervento psicologico a distanza finalizzato a recuperare e potenziare il benessere psicologico dell'individuo nonché l'equilibrio personale relazionale;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- che lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico in presenza o tramite modalità a distanza;
- che non saranno presenti vicino al sottoscritto e allo psicologo altre persone durante la consultazione psicologica, che avverrà per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;

- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11); lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che lo psicologo potrà utilizzare appunti di colloqui solo dopo averli resi anonimi, e a scopi di ricerca, formazione o al fine di migliorare l'efficacia della prestazione offerta;
- Dal canto suo l'utente avrà bisogno dell'autorizzazione dello psicologo per poter consentire l'utilizzo di parti dell'incontro e diffonderlo sempre e comunque garantendo l'anonimato del professionista.
- che il trattamento dei dati da me forniti sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" ivi compresi i dati sensibili.

Il titolare del trattamento dati è **la dott.ssa Rudino Marianna che dichiara:**

- che il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche 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 legale rappresentante;
- che il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- che si assume la responsabilità di non divulgare a terzi i contenuti riguardanti l'incontro o gli incontri che si terranno;
- che si riserva, rimanendo vincolato al segreto professionale, di poter interrompere la consulenza online qualora il richiedente o terze persone adottassero condotte lesive la dignità delle parti coinvolte, o di altri.

Firme dei genitori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autocertificazione di genitore o tutore unico esercente potestà genitoriale (NON USARE in caso di affido esclusivo)**

Io sottoscritto **padre/madre/tutore** del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ identificato mediante documento: n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## DICHIARO

di essere l'unico/a esercente la patria potestà sul minore \_\_\_\_\_ per il  
seguito motivo (in caso di provvedimento giuridico, mettere i riferimenti al numero del provvedimento,  
all'autorità emanante e alla data di emissione):

---

### ed ESPRIMO IL MIO CONSENSO

a che mio/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali della psicologa Dott.ssa **Marianna Rudino**,  
consapevole che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, alla normativa sulla privacy  
e informato/a sulle tipologie di intervento e sulle finalità del progetto di ascolto psicologico attivato dalla  
scuola. Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR  
(Regolamento UE 2016/679), è consapevole che potrà esercitare i diritti previsti dal suddetto  
Regolamento e dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo  
Istituto pubblicata sull'Albo On-Line ufficiale e di averne compreso il contenuto.

Firma dell'esercente della responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_