

Dr. Chuhan Diego
Psicologo Psicoterapeuta
P.IVA 07119760481
C.F. CHHDGI90T31L833D

**MODULO CONSENSO INFORMATO
PER L'ACCESSO ALLO
SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO**

In riferimento al servizio di Sportello d'ascolto psicologico destinato ad alunni/e, docenti, genitori e personale scolastico dell'I.C. Centro Storico Pestalozzi di Firenze si informa che:

- la prestazione che verrà offerta ai fruitori dello sportello d'ascolto è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personale, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti personali e relazionali, costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto. Ha, inoltre, l'obiettivo di fornire supporto psicologico ad alunni/studenti/genitori/personale nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;
- lo strumento privilegiato di intervento sarà il colloquio clinico
- il numero degli incontri potrà variare in base al motivo della richiesta di consulenza e valutato dal professionista caso per caso;
- in qualsiasi momento si potrà decidere di interrompere il rapporto con il professionista comunicandogli tale volontà di interruzione;
- lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all'utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- lo psicologo psicoterapeuta Dott. Diego Chuhan iscritto all'Ordine degli Psicologi della Toscana, è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

lo sottoscritto/a sig./sig.ra _____ nato/a a il _____
lo sottoscritto/a sig./sig.ra _____ nato/a a il _____

- ☐ FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO
- ☐ NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

affinché il/la minore _____ possa accedere al servizio di Sportello di ascolto psicologico offerto dal dott. Diego Chuhan.

FIRMA/E

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato dal dr. Diego Chuhan che:

- Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo;
- i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto;
- ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
- i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine della consulenza psicologica. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti alla consulenza psicologica;
- il titolare del trattamento è il dr. Diego Chuhan;

Presa visione della presente informativa, attestiamo il nostro libero consenso al trattamento dei nostri dati personali.

LUOGO E DATA

FIRMA/E
