



COMUNE DI GONNESA

MODULO PER LA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA RIVOLTA A MINORI DI ANNI 18 DA SVOLGERSI NELL'AMBITO DELLO "SPAZIO D'ASCOLTO". ANNO ACCADEMICO 2023/2024

Lo spazio rappresenta un punto di accoglienza e ascolto promosso dal Comune di Gonnese, con la collaborazione dell'Istituto Comprensivo "Angius" di Portoscuso, nell'ambito del progetto finanziato dalla Fondazione di Sardegna, "Bullismo e salute mentale in età scolare: percorsi di rete per la prevenzione". L'obiettivo è contrastare il fenomeno del bullismo e del cyberbullismo, fornendo un supporto costante per studenti e studentesse, ma anche a genitori e docenti, che sentono l'esigenza di un confronto rispetto a casi di bullismo vissuti direttamente o indirettamente. Lo spazio è collocato presso la Scuola Secondaria di Gonnese in Via Dettori n.10.

La sottoscritta _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____, tel. _____
(madre minore)

1

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____, tel. _____
(padre minore)

affidandosi alla Dott.ssa Carolina Putzu, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi e Psicoterapeuti della Regione Sardegna, dal 2003, al n.881

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani - *di seguito C.D.*, nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D





COMUNE DI GONNESA

2. la prestazione offerta riguarda: ascolto, colloqui di supporto psicologici da svolgersi nell'ambito del progetto "Bullismo e salute mentale in età scolare: percorsi di rete per la prevenzione" promosso dal Comune di Gonnese;
3. la prestazione è finalizzata allo svolgimento delle attività da svolgersi nell'ambito dello "Spazio d'ascolto" creato per il progetto "Bullismo e salute mentale in età scolare: percorsi di rete per la prevenzione" e ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – *(art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);*
4. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico, disegni e/o brevi test o questionari
5. la durata globale dell'intervento è definibile per tutta la durata dell'anno scolastico, che il sostegno e l'ascolto psicologico è gratuito in quanto la Dott.ssa carolina Putzu collabora con un ente incaricato dal Comune di Gonnese per la gestione del Servizio di ascolto svolto a scuola.
6. che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
(qualora emergessero situazioni di pregiudizio sarà cura del professionista informare i genitori, poi concordare con loro e con i Servizi come eventualmente intervenire sempre e comunque mantenendo l'anonimato;)

2

La dott.ssa Carolina Putzu è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con CAMPI n. 500216023

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:**

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. La dott.ssa Carolina Putzu è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,



COMUNE DI GONNESA

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____ ,
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____
codice fiscale _____ (*indicare i dati del minore*)

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

3

Firma della professionista

