



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
"TRICASE VIA APULIA"

**OGGETTO: CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO - PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
EX D.LGS. N. 196/2003 E REGOLAMENTO UE 2016/679**

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

L'Istituto Comprensivo Statale "TRICASE VIA APULIA" ha attivato uno Sportello d'Ascolto Psicologico il cui obiettivo è la promozione della salute e l'educazione al benessere all'interno del contesto scolastico. I tipi d'intervento proposti sono volti a promuovere il benessere a scuola, attraverso attività specifiche rivolte agli studenti, agli insegnanti e ai genitori. Per usufruire dello sportello d'ascolto psicologico, è necessario il consenso dei genitori, perciò gli alunni dovranno portare a scuola il presente modello debitamente compilato e firmato. Le prestazioni saranno rese presso le sedi dell'Istituto dalla Dott.ssa DE GAETANI ELEONORA, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 4002 del 05/02/2013, (email eleonora.degaetani.615@psypec.it), via Einaudi n.15, CAP 73059 Ugento (LE), cell. 3286767033, prima di rendere le prestazioni professionali presso l'Istituto sopramenzionato, fornisce le seguenti informazioni, affidandosi allo PSICOLOGO dichiariamo di essere 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. 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.psicologipuglia.it/>. In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse ;
2. la prestazione offerta riguarda SOSTEGNO PSICOLOGICO, l'osservazione del gruppo classe o del singolo finalizzata a garantire consulenza psicologica ai docenti e/o ai genitori;
3. la prestazione è da considerarsi ORDINARIA in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di: DEFINIZIONE DEL BISOGNO, la richiesta di accesso allo sportello di ascolto psicologico può essere effettuata da parte degli insegnanti e/o dei genitori, previa sottoscrizione del presente consenso informato;
4. le prestazioni saranno rese presso le sedi nei giorni concordati con la psicologa;
5. la prestazione è finalizzata 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.14 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
6. per il conseguimento dell'obiettivo, ossia, quello di garantire consulenza psicologica rivolta ad insegnanti e famiglie, attraverso l'osservazione e se necessario l'intervento di tipo psico-educazionale all'interno della classe, con particolare attenzione al processo di alfabetizzazione affettiva (riconoscimento e denominazione delle emozioni, gestione delle emozioni) saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO;
7. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione.
8. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto non aderendo allo Sportello PSICOLOGICO.

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 ELEONORA DE GAETANI PSICOLOGA è TITOLARE DEL TRATTAMENTO dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo consenso:
 - a. dati anagrafici, di contatto– informazioni relative al nome, account istituzionale in caso di utilizzo della modalità in remoto, nonché qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
 - b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i *dati personali*.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei *dati professionali*, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
5. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.
7. I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
 - a. dati anagrafici, di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici.



8. 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, di contatto: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti;
 - dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di un consenso scritto a terzi (art. 12 C.D.). Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche; in caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervistazioni e/o riunioni di equipe), saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art.15 C.D.).
9. L'eventuale lista dei responsabili del trattamento e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
10. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018 (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento).
11. Diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.
12. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 - PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sul minore e avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione indicata.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE LA TIPOLOGIA APPROPRIATA

MINORENNI (alunni/e)

Il Sig.

padre del/la minore Nato/a 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo sportello di ascolto scolastico.

Luogo e data Firma del padre

La Sig.ra madre del/la minore Nato/a 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo sportello di ascolto scolastico

Luogo e data Firma della madre

In caso di firma di un solo genitore Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 317 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi di genitori.

Firma.....

Il/La Sig./ra nato/a 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 affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo sportello di ascolto scolastico

Luogo e data Firma del tutore

Timbro e firma della/del Professionista