



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO POLLICA "G. PATRONI"

Scuole dell'Infanzia, Scuole Primaria e Scuole Secondarie di Primo Grado
dei Comuni di: Pollica – S. Mauro – Montecorice
Via Lombardi, 52 – 84068 Pollica (SA)

Tel. e Fax 0974/901466	C.F. 93030180652	C.I.: SAIC8BQ007
E-MAIL:SAIC8BQ007@ISTRUZIONE.IT	PEC: SAIC8BQ007@PEC.ISTRUZIONE.IT	

ALUNNI

Ai genitori degli alunni minorenni si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla mail di richiesta di appuntamento, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello **Sportello d'Ascolto psicologico**

I sottoscritti

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale sul/sulla minore

_____ nato/a a _____ il _____ e frequentante la classe _____, presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e al trattamento dei dati personalisensibili, PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa Lucibello Serena Grazia in presenza,

Luogo e Data _____, ___/___/_____

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutori:

oppure

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario/tutore: _____

CONSENSO INFORMATO - CONSULENZA PSICOLOGICA

- 1) Lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, in caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale.
- 2) Le prestazioni offerte riguardano un'attività di consulenza psicologica individuale o di gruppo.
- 3) Le prestazioni offerte sono finalizzate ad attività di promozione e di tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Nello specifico, sono finalizzate ad analizzare, insieme al minore o ai minori, la domanda di aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse.
- 4) Ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istituita dall'Ordine degli Psicologi, per il conseguimento degli obiettivi, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per le attività di prevenzione e di sostegno in ambito psicologico. Tra questi, il principale strumento di intervento sarà il colloquio psicologico clinico.
- 5) La durata complessiva dell'intervento è prevedibile in un numero massimo di 3 incontri per ciascun ragazzo. Nel caso di interventi sul gruppo classe, essa sarà oggetto di valutazione e variabile in funzione delle caratteristiche del contesto, delle problematiche emerse e degli obiettivi formulati.
- 6) **Le prestazioni saranno rese in presenza..**
- 7) In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con il professionista. In tal caso i genitori si impegnano a comunicare tale volontà di interruzione alla psicologa, rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto sino ad allora.

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO

(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
 - 2) correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
 - 3) Il titolare del trattamento è l'Istituto Comprensivo rappresentato dal Dirigente scolastico prof.ssa Daniela Ruffolo
 - 4) Il Responsabile Protezione Dati è Sandro Falivene – email: dpo@info-studio.it
 - 5) La Psicologa della scuola dott.ssa Lucibello Serena Grazia e-mail: serena.lucibello@gmail.com è Responsabile esterna del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico affidatole:
 - dati anagrafici e di contatto (informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile);
 - dati relativi allo stato di salute fisica o mentale e qualsiasi altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art.2-septies del D.Lgs. 101/2018, raccolti direttamente o tramite ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo. I dati sopra indicati 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 secondo quanto previsto dal Codice Deontologico.
 - 6) Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e, in caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale e al fine di svolgere l'incarico conferito dagli stessi allo psicologo.
 - 7) 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.
- 8) I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie solo sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso (art. 12 CD) e in ogni caso esclusivamente ai fini delle attività di prevenzione e di sostegno psicologico connesse allo svolgimento dell'incarico conferito allo psicologo. In caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art. 15 CD). Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento.
- 9) In ogni momento l'interessato può 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 di cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità).
- 10) Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati (vedi punto 5) o al Responsabile protezione Dati (vedi punto 6). 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 .

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Daniela RUFFOLO

CONSENSO PARTECIPAZIONE SPORTELLO PSICOLOGICO

Il sottoscritto genitore/tutore _____,
nato il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ Via _____ prov. _____ e-mail _____
tel. _____

Il sottoscritto genitore/tutore _____,
nato il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ Via _____ prov. _____ e-mail _____
tel. _____

dell'alunno _____ nato a _____ il _____ frequentante
la classe _____ Sez. _____ Scuola _____

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

- di essere a conoscenza delle attività previste nell'ambito del Progetto.
- di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali
- di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.

Ed esprimono il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del progetto _____

_____, li ___/___/2021

firma del genitore

firma del genitore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

firma del genitore

firma del genitore