

CONSENSO INFORMATO

PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PSICOLOGICA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dottor Andrea Palladino, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n. 7357, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Direzione Didattica Anna Frank di Leini (TO), fornisce le seguenti informazioni sui punti relativi in relazione al consenso informato.

- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine Nazionale degli Psicologi ed al seguente indirizzo www.oprc.it
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- Il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- Lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è tenuto 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 psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce allo studente ed alla famiglia le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

Le attività dello sportello di Ascolto presso la D. D. Anna Frank di Leini (TO), saranno come di seguito organizzate:

(a) Tipologia d'intervento: la prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica in ambito scolastico e pertanto gratuita, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute e del benessere psicologico, e al potenziamento delle risorse personali e sociali e ad attività di prevenzione. Non presenta finalità di tipo terapeutico.

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;

(b) Scopi: prevenire l'insorgenza di fenomeni conflittuali all'interno dell'ambiente scolastico, migliorare gli aspetti comunicativi e relazionali;

(c) Modalità organizzative: le prestazioni saranno rese solo previo invio della modulistica di autorizzazione, per i minori sarà necessario il consenso congiunto di entrambi i genitori, al seguente indirizzo: **sportello.ascolto@afrankleini.it** e solo successivamente sarà concordato e comunicato un appuntamento; le prestazioni saranno presso il plesso della D. D. Anna Frank di Leini (TO);

(d) durata delle attività: è definibile in singoli colloqui personalizzati previo accordo con i genitori, gli insegnanti ed il D.S. In qualsiasi momento il minore o il genitore potrà comunicare di voler interrompere i colloqui inviando una mail al seguente indirizzo: **sportello.ascolto@afrankleini.it**

Il Dottore Andrea Palladino può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del percorso quando constatato che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);

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

Il Professionista (firma).....

**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)**

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.

Lo Psicologo della scuola è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico affidatole:

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.

I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.

- 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.

1) 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.

2) 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.

3) I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.

4) 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.

5) 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

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORINI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal Dott. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenne.....
nata a il ____/____/_____
e residente a
in via/piazzan.....
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 dal Dott. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenne.....
nato a il ____/____/_____
e residente a
in via/piazzan.....
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 dal Dott. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ____/____/______ Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
residente a
in via/piazzan.....
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 dal Dott. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore