
CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a _____
insegnante presso la:

- ☐ Scuola dell'Infanzia "Arcobaleno" di Montirone,
- ☐ Scuola Primaria "V. Lechi" di Montirone,
- ☐ Scuola Secondaria di Primo Grado "Don Milani di Montirone,

affidandosi alla dott.ssa Mariasole Taffurelli – Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n° 7190 dal 12-02-2003

PEO: **mariasole.taffurelli@icsanzenomontirone.edu.it**

*È informato sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:*

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, consultabile sul sito dell'Ordine Nazionale degli Psicologi www.psy.it;
2. la prestazione offerta riguarda **un percorso di consulenza psicologica rivolta agli insegnanti dei plessi dell'Istituto Comprensivo "N. Berther" sede di Montirone**, al fine di supportarli nella riflessione e gestione di: problematiche relazionali con alunni/genitori/colleghi; difficoltà didattiche con alunni/gruppi-classe;
3. la consulenza verrà svolta in presenza **presso le rispettive sedi scolastiche di lavoro** (scuola dell'Infanzia "Arcobaleno", Scuola Primaria "V. Lechi", Scuola Secondaria di Primo Grado "Don Milani"); oppure online **tramite piattaforma Meet** utilizzata dalla scuola ed al richiedente sarà inviato il link di partecipazione sulla mail scolastica. Le consulenze online dovranno avvenire per entrambi (psicologa e utente) in luogo privato, riservato ed in assenza di terzi non dichiarati. È punita con la legge la audio/videoregistrazione del colloquio;
4. il servizio di consulenza psicologica è gratuito.

*Sono informati sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679**:*

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito **GDPR**) prevede e rafforza 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. I Titolari del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto sono:
 - a. per i dati anagrafici e di contatto: la Dr.ssa Mariasole Taffurelli (informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO);



-
- presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuale. Il conferimento è obbligatorio.
 - b. per i dati relativi allo stato di salute: la dott.ssa **Mariasole Taffurelli** (i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale)
 - presupposto per il trattamento: esecuzione di contrattuali/precontrattuale. Il conferimento è obbligatorio

Con il termine **dati personali** si intendono le categorie sopra indicate, congiuntamente considerate. 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 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
5. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.
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 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:
 - a. dati anagrafici e di contatto: potranno essere accessibili anche ad eventuali fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi (servizio erogatore per espletare il colloquio online);
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. 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.
8. 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** (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati 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.

9. 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,

☐ per proprio conto

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a **costi, fini e modalità della stessa**, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

☐ NON 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

☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

Firma della Professionista

