

Modulo per la prestazione professionale psicologica

I sottoscritti _____, genitori
/affidatari/tutori del/della minore _____, frequentante
la classe _____ della Scuola Secondaria di Primo Grado "Don Milani" di
Montirone (BS), affidandosi alla dott.ssa **Mariasole Taffurelli – Psicologa-Psicoterapeuta**, iscritta
all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n° 7190 dal 12-02-2003

☐ **AUTORIZZA/AUTORIZZANO** ☐ **NON AUTORIZZA/AUTORIZZANO**

IL/LA MINORE _____ **ad accedere allo Sportello di Ascolto**

Sono informati 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 presso la Scuola Secondaria di Primo Grado "Don Milani" di Montirone (BS)**;
3. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e sostegno in ambito psicologico – (*art.1 della legge n.56/1989*);
4. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: **colloqui di consulenza psicologica con gli studenti e con i genitori; incontri con i docenti e con i servizi territoriali**;
5. qualora fosse necessario potranno essere effettuati: incontri con i servizi territoriali che seguono il/la minore o un invio ai servizi territoriali (consultorio, Neuropsichiatria Infantile, ecc.), previo accordo con i genitori e i docenti;
6. 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: l'Ufficio Studenti dell'Istituto Comprensivo San Zeno Montirone e la Dr.ssa Mariasole Taffurelli (informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO)
 - presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali.
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 a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - 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

Modello **Psy19**

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/sulla minore

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____

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

☐ FORNISCONO IL CONSENSO

☐ NON FORNISCONO 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.

☐ FORNISCONO IL CONSENSO

☐ NON FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

Firma della Psicologa-Psicoterapeuta


