

Modello **Psy19**

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/precontrattuale. Il conferimento è obbligatorio
 - b. per i dati relativi allo stato di salute: la dott.ssa **Mariasole Taffurelli** (i dati personali

Modello **Psy19**

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 CONSENTO

NON FORNISCONO IL CONSENTO

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 CONSENTO

NON FORNISCONO IL CONSENTO

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

Firma della Psicologa-Psicoterapeuta

