

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA RIVOLTA A MINORI E FAMIGLIE CON MINORI

Il/la sottoscritto/a **(di seguito indicare i dati del genitore/tutore)**

_____, residente

a _____, in via _____,

codice fiscale _____,

Il/la sottoscritto/a **(di seguito indicare i dati dell'altro genitore/tutore)**

_____, residente

a _____, in via _____,

codice fiscale _____,

Sono informati da La Vela – società Cooperativa Sociale – Onlus sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; nello specifico, per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale;
2. la prestazione offerta riguarda la gestione degli sportelli di ascolto nella scuola tramite utilizzo dell'albo dei soggetti e professionisti accreditati dall'Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona ambito 3 Brescia Est dal 15/11/2023 al 30/06/2026
3. la prestazione è finalizzata ad attività di supporto alle famiglie con minori nel concorrere alla prevenzione e al contrasto dell'abbandono scolastico.
4. saranno utilizzati prevalentemente strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e promozione della salute in ambito psicologico, ad esempio psico-educazione e colloqui;
5. la durata effettiva del servizio sarà da ottobre 2024 a maggio 2025, lo psicologo sarà presente ogni 15 giorni per la scuola secondaria di primo grado;
5. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto professionale;
6. le prestazioni concordate non comportano costi a vostro carico.

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **TRATTAMENTO DEI DATI ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 101/2018**

1. Il GDPR e il D.Lgs. 196/06 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.
2. **Titolare del trattamento:** è la Dott.ssa Costa Cristina, CF CSTCST68F158E, Iscritta all'Albo degli Psicologi della Lombardia n. 14031
3. **Quali dati trattiamo e modalità di trattamento:** Trattiamo i vostri personali e quelli dei vostri figli minori nell'ambito delle attività e dei progetti psicosociali e psicoeducativi quali dati comuni, recapiti di contatto, dati particolari (forniti nel corso degli incontri attraverso le attività, strumenti e questionari proposti). I dati personali da voi forniti, ivi inclusi i dati personali dei vostri figli ed il ritratto contenuto in fotografie/video dei vostri figli, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza. Tali dati verranno trattati sia con strumenti cartacei che informatici o su ogni altro supporto idoneo, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal GDPR.
4. **Dove raccogliamo i vostri dati personali e su quale base giuridica:** I dati personali vengono raccolti direttamente da voi, nel momento in cui sottoscrivete il modulo di autorizzazione e liberatoria, e durante la partecipazione di vostro figlio/a alle attività e progetti proposti e ci assicuriamo che i vostri dati vengano trattati secondo il più stretto principio di pertinenza e non eccedenza. Il conferimento dei vostri dati è facoltativo.
5. **Modalità di trattamento dei dati:** I dati personali forniti verranno trattati con strumenti manuali, informatici sia su supporti cartacei che informatici, nonché su ogni altro tipo di supporto idoneo, con logiche strettamente correlate alle finalità e nel rispetto della sicurezza; non saranno trasferiti fuori dall'Ue.

6. **Finalità del Trattamento:** Il trattamento è finalizzato alla realizzazione dei progetti ed attività nell'ottica di promuovere il benessere psicologico, la resilienza, la creatività e una maggiore sensibilizzazione della comunità ed i dati verranno trattati per le finalità connesse e strumentali al progetto.
7. **Obbligatorietà o meno del consenso:** Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato dei genitori.
8. **Durata della conservazione:** I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e per la documentazione da parte del Titolare della propria attività professionale.
9. **Comunicazione dei dati:** la conoscenza dei dati da parte di altri soggetti è a totale discrezione del Titolare che ne valuta la necessità nell'ambito del percorso di ascolto.
10. **Diritti:** 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: a. diritto di accedere ai dati personali,
 - a. diritto di rettificare o cancellare o limitare od opporsi al trattamento dei dati personali, c. diritto di revocare il proprio consenso,
 - b. diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo.

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 (Garante per la protezione dei dati personali, www.garanteprivacy.it).

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore
(*di seguito indicare i dati del minore*)

residente a _____ in via _____
codice fiscale _____

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.

● **FORNISCE/FORNIAMO IL CONSENSO**

● **NON FORNISCE/NON FORNIAMO 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/FORNIAMO IL CONSENSO**

● **NON FORNISCE/NON FORNIAMO IL CONSENSO**

Luogo e data _____

Firma padre/tutore _____

Firma madre/tutore _____