

I professionisti impegnati nello svolgimento delle prestazioni sopra indicate, all'interno del progetto "Ascoltami @", prima di rendere le prestazioni professionali relative agli incontri informativi con i gruppi classe ed allo sportello d'ascolto psicologico istituiti presso l'Istituto Comprensivo 1 di Alatri, forniscono le seguenti informazioni.

Gli incontri informativi con i gruppi classe e lo sportello d'ascolto psicologico rappresentano uno spazio di informazione, assistenza psicologica, consulenza, orientamento e sostegno alla crescita per accogliere e supportare gli studenti.

Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni incontro sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani").

Per l'accesso agli incontri da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d'ascolto psicologico, 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invitano le persone interessate a leggere con attenzione il contenuto del modulo prima di sottoscriverlo.

CONSENSO INFORMATO AGLI INCONTRI INDIVIDUALI CON LO PSICOLOGO

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (____) il _____, residente a

_____ (____), Via/Piazza _____

Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (____) il _____, residente a

_____ (____), Via/Piazza _____

Telefono _____

vengono informati sulle attività e finalità dello Servizio di Supporto Psicologico istituito presso l'I.C 1 Alatri (FR). In relazione al suddetto servizio, curato da professionisti iscritti all'Ordine degli Psicologi della Regione Lazio

si precisa quanto segue:

- la prestazione offerta al minore è un intervento di counseling (consulenza) finalizzato alla prevenzione del disagio scolastico e alla promozione del benessere psicosociale;
- a tal fine è utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio;
- I professionisti impegnati nello svolgimento delle prestazioni sopra indicate, all'interno del progetto "Ascoltami @", sono vincolati al segreto professionale e sono nominati responsabili esterni del trattamento ai sensi del REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016.

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____

frequentante la classe _____ sez _____ della scuola _____

informati degli scopi e delle modalità del servizio di supporto psicologico interno all'Istituto

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il proprio figlio a partecipare ad incontri individuali con lo psicologo nell'ambito del progetto "Ascoltami@ "

La presente autorizzazione ha validità per l'intero percorso di studi dell'alunno/a presso l'IC 1 Alatri

Alatri, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Il servizio di Sportello d'ascolto psicologico non potrà aver luogo senza l'invio del presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto

CONSENSO INFORMATO ALL'OSSERVAZIONE IN CLASSE

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (____) il _____, residente a
_____, Via/Piazza _____

Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (____) il _____, residente a
_____, Via/Piazza _____

Telefono _____

vengono informati sulle attività e finalità dello Servizio di Supporto Psicologico istituito presso l'I.C. 1 Alatri.

Il suddetto servizio prevede, oltre ad incontri individuali:

- osservazione in classe relativamente a dinamiche di gruppo, difficoltà comportamentali o relazionali, consulenza e supporto ai docenti per lo sviluppo di strategie educative efficaci.

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____

frequentante la classe _____ sez _____ della scuola _____

informati degli scopi e delle modalità del servizio di supporto psicologico interno all'Istituto

AUTORIZZANO NON AUTORIZZANO

- I professionisti impegnati nello svolgimento delle prestazioni sopra indicate, all'interno del progetto "Ascoltami @", ad effettuare delle osservazioni sulla classe frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza, dando atto del fatto che la prestazione verrà effettuata nel rispetto degli articoli 15-16-17 del Codice Deontologico degli Psicologi, che consentono allo specialista di condividere con la scuola, in forma orale o telematica, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico.

La presente autorizzazione ha validità per l'intero percorso di studi dell'alunno/a presso l'IC 1 Alatri

Luogo e Data, _____

Firma del padre _____ Firma della madre _____

Consenso al trattamento di dati sensibili del minore

Informativa in materia di trattamento di dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018.

La prestazione consiste in una consulenza psicologica; la finalità è il benessere bio-psico-sociale della persona. La psicologa nell'esecuzione dell'incarico è tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di consulenza psicologica erogate presso l'I.C. 1 Alatri

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la psicologa di prestare il servizio di counseling, osservazione e supporto nella classe.

I dati saranno trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili:

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. In particolare, i dati denominati sensibili (art. 26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dall'Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

2. La psicologa incaricata è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico in oggetto: dati anagrafici, di contatto, dati personali, dati relativi allo stato di salute. L'insieme dei dati professionali è trattato secondo tutti i principi del GDPR e gestito secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione.

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. Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dal/la professionista incaricato sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi 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 tempi di conservazione seguiranno i termini di legge.

8. 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.

9. Responsabile del trattamento è il Dirigente Dott.ssa Veglianti Rossella.

10. Sarà possibile all'interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR (come ad es. accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

I sottoscritti

COGNOME E NOME MADRE _____

Nato a _____ (_____) il _____

Telefono _____

COGNOME E NOME PADRE _____

Nata a _____ (_____) il _____

Telefono _____

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____

frequentante la classe _____ sez _____ della scuola _____

avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003:

ACCONSENTONO NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) _____ necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo e Data, _____

Firma del padre _____ Firma della madre _____