CONSENSO INFORMATO e MODULO PRIVACY
PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO
IC CASTIGLIONE TORINESE

(Ai sensi dell'art. 24 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani)

La sottoscritta Dott.ssa Chiara Rizza, Psicologa e Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte (n. 9564), in riferimento all'attività di "Sportello d'Ascolto",

PRECISA

L'introduzione del consenso informato per lo sportello d'ascolto di psicologia scolastica è fondamentale per garantire che le attività di ascolto siano svolte nel rispetto della deontologia professionale e dell'eventuale tutela dei diritti dei minori. Il consenso informato è un documento che la/lo studente, i genitori o i tutori devono firmare per autorizzare la psicologa a fornire i servizi dello spazio d'ascolto.

Lo sportello ha le seguenti finalità e modalità di erogazione:

- Lo spazio d'ascolto è un servizio finalizzato a potenziare il benessere della persona contribuendo a favorire le relazioni e la partecipazione al contesto scolastico.
- La prestazione ha lo scopo di comprendere il bisogno personale e/o gruppale e di elaborare l'orientamento pratico nel contesto.
- Il colloquio non ha finalità diagnostiche, cliniche o direttamente terapeutiche.
- Lo strumento principale di intervento è il colloquio psicologico.
- L'accesso allo sportello è volontario e gratuito.
- Il numero di colloqui per ciascuna persona sarà indicativamente non superiore ai 3-4 incontri durante l'anno.
- L'operatore di sportello è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi e in particolare al segreto professionale (art.11), dal quale può derogare solo in casi particolari (art.12 e 13).
- Agli atti della scuola non è conservata alcuna documentazione relativa ai colloqui personali.
- Non è previsto alcun vincolo da parte della scuola al rilascio di documentazione specifica.
- Gli incontri avverranno presso i locali della sede di Castiglione Torinese in via Don Brovero 11 e per la sede di San Raffaele Cimena in via Piemonte 6, o su richiesta con modalità on-line da concordare con gli insegnanti e i genitori.

INFORMA

che il D. lgs. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

In particolare e **ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003**, si specifica che:

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. La Dott.ssa Chiara Rizza è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:

a. *dati anagrafici, di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC. Il conferimento è obbligatorio.*
b. *dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla nostra/mia salute fisica o mentale sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico. 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 tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:

a. *dati anagrafici, di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per un tempo di 10 anni;*
b. *dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).*

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, e in particolare:

a. *dati anagrafici, di contatto: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori*
b. *esterni che supportano l'erogazione dei servizi; 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.

9. L'eventuale lista dei responsabili del trattamento e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.

10. 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.

Da restituire alla Dott.ssa Rizza al primo appuntamento.

MODULO MINORENNI

*Perché la studentessa o lo studente possa richiedere ed accedere ad un eventuale colloquio di Sportello d'Ascolto di psicologia scolastica è **indispensabile** che i genitori/tutori compilino e firmino debitamente il Consenso Informato, vincolante per l'accesso al servizio.*

La professionista psicologa che gestisce lo sportello è a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento si rendesse necessario.

VISTO E COMPRESO

tutto quanto sopra indicato, per proprio conto nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

……..nato/a a ……., il…….
frequentante la classe e sezione…….....dell'Istituto……..

Ia sottoscritta (madre/tutore del minore)…… nata a…… il…….
e

il sottoscritto (padre/tutore del minore)…… nato a…….…… il……..

◯ ACCONSENTONO ◯ NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili del minore necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa. Il trattamento dei dati avviene ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

DI CONSEGUENZA

◯ AUTORIZZANO ◯ NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la professionista.

In fede, data ……..

Firma (madre/tutore del minore)……..

Firma (padre/tutore del minore) ……..

Da restituire alla Dott.ssa Rizza al primo appuntamento.

MODULO GENITORI

Perché il genitore possa richiedere ed accedere ad un eventuale colloquio di sportello d'Ascolto di psicologia scolastica è ***indispensabile*** *che faccia pervenire alla psicologa il Consenso Informato, vincolante per l'accesso al servizio.*

La professionista psicologa che gestisce lo sportello è a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento si rendesse necessario.

VISTO E COMPRESO

tutto quanto sopra indicato, io sottoscritta/o

……..nato/a a ……, il…….

e io sottoscritto/a……. nato/a a ……, il…….
Genitore/i dell'alunno/a…….frequentante la classe e sezione…….....dell'Istituto…….

◯ ACCONSENTO ◯ NON ACCONSENTO

al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa. Il trattamento dei dati avviene ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

DI CONSEGUENZA

Letto il presente modulo **CHIEDO** di poter usufruire delle prestazioni professionali della psicologa di Sportello Scolastico nominata dall'Istituto.

In fede, data …….

Firma)……..