

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta *Dott.ssa Claudia Natale*, Psicologa, iscritta l'Ordine degli Psicologi della Calabria n. 2105, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto attivo presso l'Istituto Omnicomprensivo di Pizzo fornisce le seguenti informazioni. Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto Nautico e all'occorrenza nei vari plessi scolastici.

La professionista Dott.ssa Claudia Natale è assicurata con Polizza RC professionale 404218 sottoscritta con Allianz SpA tra gli Psicologi contratta dalla Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani ed è iscritta all'Albo degli Psicologi della Calabria al n.2105 dal 29/03/2019.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

**(a) tipologia d'intervento:** ascolto, supporto e assistenza psicologica, potenziamento delle risorse individuali e/o di gruppo;

**(b) modalità organizzative:** sessioni di ascolto individuale della durata di 45 minuti, previa prenotazione e autorizzazione con consenso informato debitamente compilato e firmato;

**(c) scopi:** fornire ascolto e supporto psicologico ad alunni e famiglie per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza sanitaria legata al Covid-19, migliorare il benessere a scuola e di facilitare l'apprendimento e lo sviluppo armonico della personalità nel contesto scolastico; prevenire il disagio scolastico, gestire con opportune strategie, la paura, l'ansia e i conflitti. Ridurre lo stress lavoro correlato, informare il personale scolastico e le famiglie fornendo strategie operative efficaci al miglioramento delle relazioni genitori, figli e docenti/educatori;

**(d) limiti:** l'intervento non ha una accezione terapeutica dove le problematiche siano tali da richiedere eventualmente il supporto di altre figure specialistiche, bensì di supporto e di orientamento;

**(e) durata delle attività:** per tutto l'anno scolastico 2021/2022;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologicalabria.it](http://www.ordinepsicologicalabria.it)

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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 invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

**INFORMATIVA ALL'INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO (ai sensi del regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018)**

- 1) Il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 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) La Psicologa della scuola è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico affidatole:
  - dati anagrafici e di contatto (informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile);
  - dati relativi allo stato di salute fisica o mentale e qualsiasi altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art.2-septies del D.Lgs. 101/2018, raccolti direttamente o tramite ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo. I dati sopra indicati sono i dati personali. 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 secondo quanto previsto dal Codice Deontologico.
- 3) Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e, in caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale e al fine di svolgere l'incarico conferito dagli stessi allo psicologo.
- 4) I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
- 5) Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
- 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 verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.
- 8) I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie solo sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso (art. 12 CD) e in ogni caso esclusivamente ai fini delle attività di prevenzione e di sostegno psicologico connesse allo svolgimento dell'incarico conferito allo psicologo. In caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art. 15 CD). Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento.
- 9) In ogni momento l'interessato può esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018 (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto di cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità).

**Il Professionista**

*Claudia Natale*

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

***MAGGIORENNI***

L'insegnante/ Il genitore ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal *Dott.ssa Claudia Natale* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

***MINORENNI***

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....

nata a ..... il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

e residente a .....in via/piazza.....n....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla *Dott.ssa Claudia Natale* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenni.....

nato a ..... il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

e residente a .....in via/piazza .....n....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla *Dott.ssa Claudia Natale* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a..... il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tutore del minore.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità

emanante, data numero) .....residente a .....in

via/piazza .....n....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla *Dott.ssa Claudia Natale* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore