

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI E INFORMATIVA PRIVACY
NELL'AMBITO DEL PROGETTO SPORTELLLO D'ASCOLTO**

La sottoscritta dott.ssa Laura Blò, nell'ambito del progetto Sportello D'ascolto presso l'Istituto Comprensivo "King-Mila" di Torino prima di rendere le prestazioni professionali in favore del/della:

(UTILIZZARE IL RIQUADRO APPROPRIATO)

ADULTI (GENITORI/AFFIDATARI/TUTORI E DOCENTI)

Sig.....
.....
nat... a
.....
il ____/____/____

MINORENNI

Cognome e Nome del Minorenne

.....
nat... a
.....
il ____/____/____ frequentante la classesezione.....

fornisce le seguenti informazioni.

1. La prestazione offerta riguarda colloqui psico-educativi presso l'Istituto nell'ambito del progetto Sportello di ascolto;
2. la prestazione è finalizzata ad offrire uno spazio di accoglienza e di orientamento, di ascolto e di counseling psicologico;
3. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloqui psicologici;
4. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori, si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi fino ad un massimo di 3 incontri di 45 minuti ciascuno in orario scolastico;
5. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla/o psicologa/o la volontà di interruzione;
6. la/o psicologa/o può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
7. la/o psicologa/o è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e particolari (o sensibili) della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento.

Tutto il materiale elaborato dal professionista resta di sua esclusiva proprietà. Il materiale prodotto nel corso del trattamento dalla persona assistita sarà restituito a sua richiesta.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

La dott.ssa Blò Laura titolare del trattamento dei dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico di cui sopra intende informare l'interessato in merito al loro utilizzo. I dati personali raccolti sono:

- a. dati anagrafici, di contatto – informazioni relative al nome, cognome e dati anagrafici
- b. dati relativi allo stato di salute

I dati personali e particolari (ivi compresi quelli sanitari), e quanto correlato agli interventi pedagogici-educativi (per esempio: esiti degli strumenti di valutazione, registrazioni audio e/o video) possono essere oggetto di trattamento solamente per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dalla/o psicologa/o costituiscono dati professionali, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta.

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

I dati personali raccolti 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).

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:

- dati anagrafici e di contatto: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi (es. Google, Dropbox, Skype,..) per la mera gestione tecnica dei dati nelle comunicazioni o trattamenti di dati legati alle prestazioni;
- dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi.

Gli interessati in qualsiasi momento potranno esercitare i diritti di cui agli articoli 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 del GDPR inviando una mail o una comunicazione scritta ai recapiti del Titolare (mail sportellokingmila@libero.it) e per l'effetto ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali degli interessati, verificarne l'esattezza o richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione;
- l'accesso, la rettifica, la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento;
- la cancellazione, trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati personali trattati in violazione di legge.

In qualsiasi momento, inoltre, l'interessato potrà opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano o revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Il Titolare potrà comunque conservare taluni dati personali anche dopo la richiesta di cessazione del trattamento esclusivamente per difendere o far valere un proprio diritto, ovvero nei casi previsti dalla legge o per effetto dell'ordine di un'autorità giudiziaria o amministrativa.

Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati (sportellokingmila@libero.it)

Firma della/del Professionista _____

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato si invita la persona assistita/il tutore/esercente la responsabilità genitoriale a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ADULTI (GENITORI/AFFIDATARI/TUTORE E DOCENTI)

La Sig.ra/ Il Sig. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni nell'ambito del progetto Sportello D'ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra..... madre/madre affidataria del minore.....
nata a

il___/___/_____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di

☐ AUTORIZZARE E FORNIRE IL CONSENSO

☐ NON AUTORIZZARE E NON FORNISCE IL
CONSENSO

affinché la/il propria/o figlia/a usufruisca degli incontri del professionista nell'ambito del progetto Sportello D'Ascolto, e al trattamento dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma della madre/madre affidataria

Il Sig.....padre/padre affidatario del
minore.....
nato a

.....
il ____/____/____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui
sopra riportato e decide con piena consapevolezza di

☐ AUTORIZZARE E FORNIRE IL CONSENSO ☐ NON AUTORIZZARE E NON FORNISCE
IL CONSENSO

affinché il proprio figlio/a usufruisca degli incontri del professionista nell'ambito del
progetto Sportello D'Ascolto, e al trattamento dati personali per tutte le finalità indicate
nella presente informativa

Luogo e data

Firma del padre/padre affidatario

Il/La Sig./ Sig.ra..... padre/madre affidataria del
minore.....
nata a

.....
il ____/____/____

dichiara che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del C.C., l'altro genitore **NON PUÒ
FIRMARE IL CONSENSO PERCHÉ IMPOSSIBILITATO PER**

☐ Lontananza
☐ Impedimento

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che l'altro genitore è a
conoscenza della presentazione del Consenso Informato per l'eventuale partecipazione del
proprio /a figlio/a allo Sportello di Ascolto Psicologico aperto presso la scuola ed è
d'accordo. Condivide con il genitore firmatario finalità e organizzazione dello Sportello di
Ascolto Psicologico

Luogo e data

Firma del padre/madre/ affidatario

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o
a..... il ____/____/____

Tutore di. in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero) dichiara di aver compreso quanto
illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di

☐ AUTORIZZARE E FORNIRE IL CONSENSO ☐ NON AUTORIZZARE E NON FORNISCE
IL CONSENSO

affinché la persona sotto sua tutela usufruisca degli incontri del professionista nell'ambito del
progetto Sportello D'Ascolto, e al trattamento dati personali per tutte le finalità indicate nella
presente informativa.

Luogo e data

Firma del tutore