

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLE ATTIVITA' DI SUPPORTO PSICOLOGICO

(Da consegnare compilato e firmato alla psicologa prima dell'accesso all'attività di sportello o all'attività di gruppo)

In riferimento al progetto **“To ti ascolto: dal contagio emotivo al benessere psicologico a scuola”** si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica e/o un intervento di gruppo finalizzati al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale e di indagini di gruppo (nel caso di interventi su gruppi-classe) come strumento di conoscenza principale;
- il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo eccezioni particolari).
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (_____) il _____ e
_____ (_____), Via/piazza _____
Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____ Nata a
_____ (_____) il _____ e residente a
_____ (_____), Via/piazza _____
Telefono _____

residente a

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore _____ che frequenta la classe _____ sez _____

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO (Barrare la casella che interessa)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori (o esercenti responsabilità genitoriale secondo il d.lgs. 154\2013) e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Data, _____ firma del padre _____ firma della madre _____

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)

La dott.ssa Monica Gammieri, in qualità di Responsabile esterno del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni:

- I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrà a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.
- Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei, in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici. Esclusivamente previo Suo consenso espresso anche oralmente prima della seduta, potrà essere effettuata la registrazione/videoripresa di alcune sedute, esclusivamente per fini inerenti all'incarico professionale. I dati raccolti nei test, negli appunti, nelle eventuali registrazioni saranno conservati per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati a Lei riferibili, sempre per scopi professionali.
- Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di sportello di ascolto, finalizzata al conseguimento di un rafforzamento dell'efficienza funzionale della personalità per raggiungere il benessere personale e relazionale. Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza. Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.
- Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge.
- Le specifico che dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione potranno essere trasmessi ai Servizi Sociali del Comune di residenza, all'I.C. "J. Dewey" di San Martino in Pensilis, all'Azienda Sanitaria al fine di migliorare lo stato di benessere generale e chiedere ulteriori supporti all'uopo, solo dietro esplicita autorizzazione.
- I suoi dati personali non saranno trasferiti all'estero, ma potranno essere salvati su server ubicati in paesi dell'unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell'unione europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.
- Come per tutte le attività inerenti l'I.C. "J. Dewey" di San Martino in Pensilis si ricorda che Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Dirigente scolastico pro-tempore dell'Istituto Comprensivo John Dewey con sede principale in San Martino in Pensilis (CB) indirizzo Posta Elettronica Ordinaria (PEO) cbic82000c@istruzione.it, Posta Elettronica Certificata (PEC) cbic82000c@pec.istruzione.it telefono 0875- 604711, C.F. 90007890701, altri dati sono reperibili nella carta intestata e sul sito web Istituzionale, indirizzo <http://>

www.icsanmartinoinpensilis.edu.it. Il Responsabile della Protezione Dati è Guido Palladino, email guido.palladino.dpo@gmail.com PEC guido.palladino@mypec.eu cellulare 3209269241.

L'interessato ha diritto:

- all' accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati
- ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca
- proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo o lettera raccomandata a/r agli indirizzi sopra specificati.

Preso atto dell'informativa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.

I sottoscritti

Cognome e nome del padre.....

Cognome e nome della madre.....

genitori del minore.....

classe.....

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, 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.

Data, firma del padre firma della madre.....