

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Carmelina Franzese Psicologa/Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania n. 4167, mail carmelinafranzese@itismajoranasommaves.edu.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE "E.MAJORANA" di Somma Vesuviana fornisce le seguenti informazioni.

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

- **il martedì' e il giovedì dalle 14,30 alle16,30;**
- le prestazioni saranno rese presso ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE "E.MAJORANA";
- il servizio,gratuito,con **finalità** non terapeutiche ma di sostegno, consulenza, promozione del benessere e prevenzione del disagio, è rivolto **agli studenti, ai genitori e al personale in servizio** ed è erogato **su appuntamento**, da richiedere tramite mail all'indirizzo carmelinafranzese@itismajoranasommaves.edu.it, indicando nome, cognome, qualifica (STUDENTE/GENITORE/DOCENTE/ATA)
- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la richiesta d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di analisi e risoluzione delle problematiche emerse;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio psicologico; la prestazione offerta è un intervento di consulenza finalizzato alla prevenzione del disagio scolastico e alla promozione del benessere psicosociale;
- Per i minori non accompagnati è necessario inviare tramite mail il consenso dei genitori, come da modulo allegato, corredato dal **documento di riconoscimento**,
- per i minori che usufruiscono del servizio accompagnati dai genitori, il consenso potrà essere sottoscritto prima della seduta sul modulo cartaceo fornito dalla dott.ssa Carmelina Franzese,
- l'appuntamento verrà confermato dalla dott.ssa Franzese tramite mail;
- non sarà possibile accedere al servizio senza appuntamento.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine degli Psicologi della Campania.

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.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente nato a il
e residente a Via

cell..... mail..... Classe.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dott.ssa Carmelina Franzese presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

cell..... mail

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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 Carmelina Franzese presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

cell..... mail

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dott.ssa Carmelina Franzese 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 minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero).....

residente a

in via/piazzan.....

cell..... maildichiara

di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dott.ssa Carmelina Franzese presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La sottoscritta dott.ssa Carmelina Franzese Psicologa/Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania n. 4167, mail carmelinafranzese@itismajoranasommaves.edu.it

INFORMA

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

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

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 esterni che supportano l'erogazione dei servizi; b. 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.

Data.....

Firma dell'alunno maggiorenne

.....

Oppure

Se minorenni

Firma del padre.....

.

Firma della madre.....