

Modulo prestazione professionale Psicologia Scolastica

Il sottoscritto _____
codice fiscale _____ indirizzo mail _____

e/o la sottoscritta _____
codice fiscale _____ indirizzo mail _____

in relazione all'incarico professionale conferito alla dott.ssa Garatti Maria sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. la prestazione offerta è da considerarsi ordinaria e si configura come attività di consulenza psicologica. È infatti esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "terapia": la funzione della Psicologia Scolastica e dello Sportello d'ascolto psicologico è quella di promuovere il benessere scolastico e prevenire tutti quegli atteggiamenti o situazioni che possono generare disagio;
3. per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato prevalentemente il colloquio psicologico; potranno essere utilizzati altri strumenti conoscitivi relativi alle dinamiche del gruppo classe su richiesta dei docenti;
4. le prestazioni possono essere effettuate anche da remoto attraverso contatti telefono, mail, piattaforme web (whatsapp, skype, google meet o piattaforma indicata dall'Istituto scolastico); in tal caso si garantisce che il colloquio avverrà in luogo privato e riservato. Non è possibile effettuare registrazioni né diffusioni del colloquio/intervento o parte di esso.
5. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi;
6. il servizio di Psicologia scolastica è totalmente gratuito per l'utenza (alunni, genitori, personale scolastico);
7. contestualmente alla presente si autorizza, ai sensi dell'Art 12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a riferire rispetto ad informazioni apprese in ragione del rapporto professionale, quanto ritenuto strettamente necessario alla scuola, ai servizi competenti per territorio, a qualunque altra figura potrebbe essere attinente al percorso;
8. la dott.ssa Garatti Maria è iscritta all'Albo degli Psicologi della Lombardia con il numero 8033 dal 03/03/2004 ed assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con CAMPI n° 500216747.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato:

(MAGGIORENNI) per proprio conto, avendo preso visione del Consenso Informato e dell'allegata Informativa sulla Privacy:

Fornisco il consenso **Non fornisco il consenso**
per l'accesso al Servizio di Sportello di ascolto psicologico

Fornisco il consenso **Non fornisco il consenso**
per la partecipazione ad attività di osservazione, supporto ed all'attivazione di laboratori in gruppo

Fornisco il consenso **Non fornisco il consenso**
al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Luogo e data _____

Firma _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

nata/o a _____ il _____

frequentante la classe _____ scuola _____

avendo preso visione del Consenso Informato e dell'allegata Informativa sulla Privacy

Autorizzo/Autorizziamo **Non autorizzo /Non autorizziamo**

nostro/a figlio/a ad accedere, qualora ne sentisse la necessità, allo Sportello di ascolto psicologico

Autorizzo/Autorizziamo **Non autorizzo /Non autorizziamo**

la presenza in aula di nostro/a figlio/a qualora si svolgano momenti di osservazione e supporto da parte dello psicologo con il gruppo classe

Autorizzo/Autorizziamo **Non autorizzo /Non autorizziamo**

la partecipazione di nostro/a figlio/a qualora si svolgano laboratori attivati da parte dello psicologo con il gruppo classe

Fornisco/Forniamo il consenso **Non Fornisco/Non forniamo il consenso**

al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Luogo e data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Con la presente si informa che il Regolamento UE 2016/679 prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati sensibili.

- 1- Titolare del trattamento è la Dott.ssa Garatti Maria, la quale è responsabile della protezione dei dati personali.
- 2- I dati personali, i dati sensibili quanto correlato agli interventi psicologici, ivi compresi gli appunti personali, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto e per la finalità specifica per la quale sono raccolti. I dati verranno trattati per le seguenti finalità:
 - per gestire i rapporti funzionali volti all'espletamento dell'incarico professionale richiesto;
 - per eventuali contatti legati alla prestazione professionale, anche telefonici o per e-mail;
 - per gestire come dato aggregato statistiche organizzative e contabili.
- 3- Qualora lo Sportello di supporto psicologico si avvallesse dello strumento del colloquio a distanza, tramite telefono, scambio di e-mail e di appositi software per la comunicazione restano salvi il rispetto del Codice Deontologico e della normativa sulla Privacy.
- 4- Qualora lo Sportello di supporto psicologico si avvallesse dello strumento del colloquio a distanza, tramite telefono, scambio di e-mail e di appositi software per la comunicazione, non saranno presenti vicino alla Psicologa e vicino all'utente altre persone durante la consultazione psicologica; il colloquio avverrà per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati e non potranno essere registrati né diffusi gli scambi o parti di essi.
- 5- I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia elettronico sia cartaceo (con modalità informatiche e manuali) e saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggere la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
- 6- Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
- 7- 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.
- 8- Il conferimento dei dati è facoltativo, ma in caso di rifiuto non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivati.
- 9- 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.
- 10- Il Titolare del trattamento non effettua in alcun modo la vendita o l'affitto dei dati personali. Non è presente un processo decisionale automatizzato. I dati non vengono conferiti a paesi fuori dall'Unione Europea e/o fornitori di servizi non armonizzati ai sensi del GDPR.
- 11- Lei ha il diritto di ottenere la conferma che sia in corso o meno un trattamento dei suoi dati e, in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati e alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento; le categorie di dati personali trattati; i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; il periodo di conservazione dei dati personali previsto. Lei può esercitare il diritto di rettifica, il diritto di cancellazione dei dati personali che la riguardano. Ha il diritto di proporre reclamo innanzi alle autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali – www.garanteprivacy.it). Lei ha il diritto di revocare il suo consenso in ogni momento senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Ove applicabili, lei ha il diritto all'oblio, il diritto alla limitazione del trattamento, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che la riguardano.
- 12- I suddetti diritti possono essere esercitati in qualsiasi momento inviando comunicazione scritta al Titolare del trattamento dei dati, Dott.ssa Garatti reperibile via mail all'indirizzo: ma.ga77@libero.it