

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO
SPORTELLLO PSICOLOGICO
ai sensi dell'art. 24 del "Codice deontologico degli Psicologi Italiani"**

In riferimento all'attività dello "Sportello d'ascolto" si precisa quanto segue:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, che mira alla prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale, al sostegno della crescita e maturazione personale, 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 come strumento di conoscenza principale. Il supporto psicologico verrà fornito anche in riferimento alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del **COVID-19**. L'attività svolta all'interno del progetto non è di natura medica o psicoterapeutica ma di ascolto e consulenza;
- in ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, i colloqui effettuati tramite consulenza on-line;
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce 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.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI DEL MINORE

Informativa ai sensi del regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018 in materia di trattamento di dati personali e sensibili

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano il D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" in merito ai propri dati. Prevede la tutela delle persone e di altri soggetti (anche i minori) rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del minore interessato. In particolare, i dati denominati sensibili (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dall'Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

1. Finalità del trattamento: La informiamo che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso l'Istituto di Istruzione Superiore "Duni-Levi" nei confronti di minori che frequentano la stessa. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Dott.ssa VALENTINA TADDEO e la Dott.ssa MARGHERITA GIORDANO di prestare il servizio di Sportello d'Ascolto al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicologica breve.

2. Modalità del trattamento: Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità manuali e strumenti elettronici idonei a proteggerne la riservatezza, saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle sopra descritte finalità. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all'attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico effettuato dalla Dott.ssa VALENTINA TADDEO presso il Liceo Classico e dalla Dott.ssa MARGHERITA GIORDANO presso il Liceo Artistico sotto la loro responsabilità, entro i vincoli delle norme vigenti, con particolare riferimento agli

obblighi del segreto professionale.

3. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso: I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

4. Diritti dell'interessato: Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018 in merito alla cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati personali registrati.

Per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad ENTRAMBI gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO "SPORTELLLO D'ASCOLTO
PSICOLOGICO" e CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI**

I sottoscritti genitori

padre _____,

madre _____,

Nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____

nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____

presso il Liceo _____.

Preso atto dell'informativa ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'Art. 13 del GDPR esprimono il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) _____

necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, di questo servizio.

Firma Padre _____

Firma Madre _____

Firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati, altrimenti, a firma del solo genitore nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore o, in caso di affidamento congiunto:

il/la sottoscritto/a _____, genitore dell'alunno _____

dichiara sotto la propria responsabilità di impegnarsi a comunicare all'altro genitore il contenuto della presente autorizzazione.

Firma del genitore _____

ALUNNO MAGGIORENNE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____

il _____ e frequentante la classe _____ presa visione delle informative, di seguito

allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili, FORNISCE IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e AUTORIZZA lo svolgimento dei colloqui.

Firma alunno maggiorenne _____