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

La sottoscritta, dott.ssa **Marra Luisa,** Psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi della Calabria n. 1855,prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’Istituto Scolastico **IC Statale “Coluccio Filocamo”** fornisce le seguenti informazioni.

* Le prestazioni saranno rese in presenza presso l’IC Statale “Coluccio-Filocamo”.
* Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico.
* Per accedere al servizio sarà necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori. In qualsiasi momento i genitori potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.
* Lo sportello sarà attivo nei mesi di **Ottobre e Novembre 2022**.
* La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
* I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

***In qualità di persona interessata dichiaro di aver letto con attenzione il contenuto del consenso informato sopra riportato e il consenso al trattamento dati sensibili del minore.***

La/e persona/e interessata/e (firma leggibile)………………………………………………………

(firma leggibile)…………………………………………………**……**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI DEL MINORE**

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

La prestazione consiste in una consulenza psicologica; la finalità è il benessere bio-psico-sociale della persona. La psicologa nell’esecuzione dell’incarico è tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di consulenza psicologica erogate presso la Scuola.

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L’eventuale mancato conferimento comporta l’impossibilità per la psicologa di prestare servizio.

I dati saranno trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili:

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. 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.

2. La psicologa incaricata è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico in oggetto: dati anagrafici, di contatto, dati personali, dati relativi allo stato di salute. L’insieme dei dati professionali sono trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione.

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. Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dalla Dott.ssa Luisa Marra sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

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 seguiranno i termini di legge.

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.

9. Responsabile del trattamento è la Dott.ssa Marra Luisa.

10. Sarà possibile all’interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR (come ad es. accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

***COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MAGGIORENNI (richiesta di consulenza da parte del genitore/docente)***

L’insegnante/ Il genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara di aver compreso quanto riportato nel modulo di consenso informato, anche relativamente al trattamento dei dati personali e sensibili, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Luisa Marra presso lo Sportello di ascolto attivato presso l'I.C. Coluccio Filocamo.*.*

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***MINORENNI***

***In qualità di genitori del/della minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***che frequenta la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il plesso “............................................” dell'I.c. Coluccio Filocamo***

La Sig.ra(madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Il Sig.re(padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**dichiarano**

di aver compreso quanto riportato nel modulo di consenso informato, anche relativamente al trattamento dei dati personali e sensibili, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Luisa Marra presso lo Sportello di ascolto attivato presso l'I.C. Coluccio Filocamo.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in ragione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

**dichiara**

di aver compreso quanto riportato nel modulo di consenso informato, anche relativamente al trattamento dei dati personali e sensibili, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Luisa Marra presso lo Sportello di ascolto *attivato presso l'I.C. Coluccio Filocamo.*

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_