CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018

La sottoscritta Dott.ssa LOSASSO ROSITA, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Basilicata, e-mail: rositalosasso@gmail.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "Dinardo" di Picerno, fornisce le seguenti informazioni.

1. Le prestazioni verranno svolte in presenza. Per accedere allo sportello di consulenza psicologica, bisognerà inviare un'email all'indirizzo indicato e l'esperto provvederà a calendarizzare gli interventi. Ogni prestazione avverrà in piena sicurezza nel rispetto della *privacy*.
2. Il suddetto servizio, curato dalla Dott.ssa LOSASSO ROSITA consiste in:
   - colloqui di consulenza e supporto psicologico individuali;
   - attività di informazione e formazione, gruppi di lavoro;
   - partecipazione a riunioni di lavoro a livello di istituto.

La prestazione professionale psicologica è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. È rivolta a tutta la popolazione scolastica e ai genitori. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n. 56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico.

All'interno dello Sportello di Ascolto, lo psicologo svolge prevalentemente attività di consulenza e supporto psicologico, attraverso un numero limitato di colloqui. In ambito scolastico, dunque, lo psicologo non fa diagnosi e terapia, bensì aiuta a individuare i problemi e le possibili soluzioni, collaborando con gli insegnanti in un'area psicopedagogica di intervento.

Lo psicologo è strettamente tenuto ad osservare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; nello specifico, 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.

I sottoscritti sono altresì informati sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. Il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano 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 LOSASSO ROSITA e l'Isituzione Scolastica è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:

a. dati anagrafici: informazioni relative al nome e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;

b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D. Lgs. 101/2018) 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 conferito allo psicologo. I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i dati personali. 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 C.D.

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
5. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
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 dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:

a. dati anagrafici: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di 10 anni;

b. dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici.

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: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, 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 un consenso scritto a terzi (art. 12 C.D.). 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; in caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervisioni e/o riunioni di equipe), saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art.15 C.D.).

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 e D.Lgs. 101/2018 (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi 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.

11. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA – fax: (+39) 06.696773785-telefono: (+39) 06.696771 PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it

I sottoscritti, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore di seguito indicato:
• avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità della stessa, autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico;
• avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA COMPILARE E FIRMARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

L'insegnante/Il genitore/Personale Scolastico _____dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, condizioni sopra riportate, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa LOSASSO ROSITA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma _____

MINORENNI

Il Sig. _____ nato a_____ il____/___/_____e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____, genitore del minore_____, dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, condizioni sopra riportate, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa LOSASSO ROSITA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____*

La Sig.ra _____ nata a_____ il____/___/_____e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____, genitore del minore_____, dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, condizioni sopra riportate, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa LOSASSO ROSITA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____*

(*) Nel caso di un unico sottoscrittore del presente documento, lo stesso, consapevole delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 28/12/2013 n. 154 che ha apportato modifiche al Codice Civile in tema di filiazione (in particolare Art. 316 co 1 , Art. 337 -ter co 3 , Art. 337-quater co 3), DICHIARA ai sensi del D.P.R. 445/2000 di avere condiviso e concordato con il proprio coniuge/altro genitore la volontà di sottoscrivere il presente documento unitamente alle dichiarazioni nel medesimo contenute nell'osservanza delle norme del Codice Civile sopra richiamate in materia di responsabilità genitoriale.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.