



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO "Dante Alighieri"
Via Septempedana, s.n.c. - 06025 NOCERA UMBRA (PG)
Tel. 0742/818860 - 0742/818701
e-mail: pgic82800p@istruzione.it
pec: pgic82800p@pec.istruzione.it
www.scuolenoceraumbra.edu.it - C.F. 83004080541



Modulo CONSENSO INFORMATO per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]

il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]

affidandosi alla/al dott.ssa/dott Carla Ascani

- tel.392 9112508
- carla.ascani@libero.it

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani *in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale e può derogare a questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice deontologico degli Psicologi o su richiesta dell' Autorità Giudiziaria .*
2. 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.
3. la prestazione offerta riguarda **CONSULENZA- SUPPORTO PSICOLOGICO ALL' INTERNO DEL PROGETTO SPORTELLO SCOLASTICO "SUPPORTO PASICOLOGICO"**
4. La prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico , al sostegno della crescita e maturazione personale , al sostegno emotivo , affettivo e all' orientamento nei rapporti con i compagni , con il docente e 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 personale.
5. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai

sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);

Sono /È informati/a/o 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/il dott.ssa/dott. Carla Ascani è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici, di contatto qualsiasi 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 della attività di sportello “ Supporto Psicologico”.

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. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario relativo al periodo del trattamento**
6. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge come previsto dagli arti 12- 13 de Codice Deontologico degli Psicologi o su richiesta delle Autorità giudiziaria.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____ /
nata/o a _____ il _____ residente a
_____ in via _____
codice fiscale _____ *(indicare i dati del minore)*

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Il/ proprio figlio/a a rivolgersi allo sportello psicologico nel caso lo desideri. Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell' anno scolastico.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

Timbro e firma della/del Professionista
