

# CONSENSO INFORMATO SPORTELLLO D'ASCOLTO

## IN PRESENZA E/O A DISTANZA

*Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"*

### Dati dell'alunna/o

cognome e nome	
luogo e data di nascita	
scuola	sezione / classe

- La prestazione consiste in colloqui di consulenza psicologica di presenza/telefonici/su piattaforme online
- Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP, Si informa che la prestazione verrà svolta di presenza ovvero attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health (pratica della salute attraverso il supporto di strumenti informatici e personale specializzato) di carattere psicologico.
- Le prestazioni verranno rese di presenza oppure attraverso telefonate o idonee piattaforme informatiche indicate dall'Organizzazione, durante le consulenze a distanza non saranno presenti terzi non visibili nella stanza dell'utente/paziente e del professionista;
- i colloqui non saranno registrati né in audio né in video;
- Lo scopo e la natura dell'intervento professionale è una consulenza psicologica;
- Gli strumenti utilizzati saranno la consulenza psicologica ed il sostegno in ambito psicologico;
- La durata globale della consulenza non è definibile a priori;
- È possibile disdire ciascun appuntamento comunicandolo almeno 24 ore prima dell'appuntamento stesso.
- Lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; in particolare è strettamente tenuto al Segreto Professionale. Lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario, o salvo ben specifiche disposizione di Legge in situazioni eccezionali;
- di avere adeguatamente compreso e di accettare i termini della consulenza come sopra sintetizzati con le psicologhe incaricate.

### I sottoscritti in qualità di

1	cognome e nome	2	cognome e nome
luogo e data di nascita		luogo e data di nascita	
<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> affidatario		<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> affidatario	
<input type="checkbox"/> AUTORIZZA <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA		<input type="checkbox"/> AUTORIZZA <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA	

### L'accesso della propria/o figlia/o allo sportello di ascolto scolastico

data e firma	data e firma
--------------	--------------

Come indicato dal codice deontologico degli psicologi è d'obbligo la compilazione di entrambi i genitori o esercenti la potestà genitoriale. In caso di firma di un solo genitore, il firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti al vero, dichiara di aver effettuato la scelta nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale, quindi si impegna a comunicare e condividere il presente documento con l'altro genitore impossibilitato a firmare.

Indicare di seguito le motivazioni e/o cause che determinano la firma singola .....

.....

cognome e nome unico firmatario	data e firma
---------------------------------	--------------

La presente autorizzazione resta valida fino a revoca del genitore e fino al termine del servizio di sportello di ascolto.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
*Informativa per il cliente ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003*

Con la presente Vi informiamo che, il Regolamento europeo 2016/679 (*General Data Protection Regulation*) e il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (*Testo unico in materia di protezione dei dati personali*) hanno introdotto una specifica disciplina in materia di tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei **dati personali e sensibili**. Secondo la suddetta normativa, il trattamento dei dati deve essere eseguito secondo i principi di correttezza, trasparenza e di tutela della Vostra riservatezza e dei Vostri diritti.

1. **Finalità del trattamento.** La **base giuridica** del trattamento si fonda sul Suo **Consenso manifestamente espresso** per l'esecuzione della/e consulenza/e professionali strettamente inerenti l'attività di Psicologo. I Suoi dati personali, i suoi dati sensibili (ivi compresi quelli sanitari), e quanto correlato agli interventi psicologici possono essere oggetto di trattamento solo con il Suo consenso scritto, e per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

In particolare, i suoi dati verranno trattati per le seguenti finalità:

- a) per gestire i rapporti funzionali volti all'espletamento delle prestazioni di consulenza richieste;
- b) per adempiere ai conseguenti e correlati obblighi di legge amministrativi, contabili, o fiscali;
- c) per eventuali contatti legati alla prestazione professionale (telefonici, via fax, via posta ordinaria, via e-mail, ecc.);
- d) per gestire come dato aggregato statistiche di tipo scientifico, organizzative o contabili;
- e) *per sottoporvi, in futuro, informazioni e/o inviarvi documentazione (per posta o per e-mail) relativamente all'attività di sportello.*

2. **Modalità del trattamento.** Il trattamento dei suoi dati sarà improntato ai **principi di correttezza, liceità e trasparenza** e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la **sicurezza e la riservatezza**, con l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione (*crittografia, autenticazione di accesso, armadio di sicurezza...*), e con particolare tutela ex. Art.9 GDPR dei dati sensibili di natura sanitaria e/o relativi a minori.

3. **Natura obbligatoria o facoltative del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere.** Il conferimento dei dati da parte sua è facoltativo, ma in caso di rifiuto non sarà strutturalmente possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.

4. **Comunicazione dei dati a terzi.** I suoi dati saranno trattati dai Titolari e dai Responsabili del trattamento: Dott.sse Cristina Peressini e Dott.ssa Raffaella Peressi in ogni caso attraverso l'adozione di misure tecnico-organizzative idonee a soddisfare il rispetto della normativa sulla privacy. I suoi dati personali saranno trattati limitatamente al perseguimento degli scopi della consulenza, e non saranno oggetto di comunicazione e/o diffusione a soggetti terzi, fatta eccezione per:

- a) Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti;
- b) terzi fornitori di servizi, in particolar modo di supporto informatico e di telecomunicazione (*Google, Dropbox, Skype...*) per la mera gestione tecnica dei dati nelle comunicazioni o trattamenti di dati legati alle prestazioni (ad es., *files cifrati in cloud*).
- d) a seguito di ispezioni o verifiche, organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge.

5. **Periodo di conservazione dei dati.** I dati saranno conservati in maniera sicura per il tempo necessario ad adempiere alle finalità suddette, e per non oltre cinque anni dalla prestazione di consulenza (come da indicazione Codice Deontologico, art.17).

6. **Diritto di accesso ai dati e altri diritti dell'interessato.** 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 di esercitare il diritto di rettifica, il diritto alla cancellazione dei dati personali che la riguardano. Ha il diritto di proporre reclamo innanzi alle autorità di controllo. 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 di trattamento, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che la riguardano.

7. **Modalità di esercizio dei diritti.** I suddetti diritti possono essere esercitati in qualsiasi momento inviando comunicazione scritta ai Titolari del trattamento dei dati, Dott.ssa Raffaella Peressi e Dott.ssa Cristina Peressini, reperibili ai numeri telefonici 340.3033201 e 349.0055403.

8. **Altre specificazioni ai sensi del GDPR:** I titolari del trattamento non effettuano in alcun modo la vendita o l'affitto di dati personali. Non è presente un processo decisionale automatizzato. I dati non sono utilizzati in nessun processo monitoraggio su larga scala. I dati non vengono conferiti a paesi fuori dall'Unione Europea e/o fornitori di servizi non armonizzati ai sensi del GDPR.

**Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali (ex art. 23 D.Lgs. 196/2003)**

Il/la sottoscritto/a, presa integrale visione della presente informativa e del Consenso Informato, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sanitari per gli scopi di cui all'incarico di consulenza svolto dalle professioniste incaricate in particolare per le finalità riportate al punto 1 dell'informativa sul Trattamento dei Dati.

Li, .....

In fede (*firma leggibile*).....  
In fede (*firma leggibile*).....