

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

La sottoscritta Dott.ssa Emanuela De Chicchis, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 4039, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Istituto di Istruzione Superiore "Tullio Levi Civita" sita in Roma via Torre Annunziata fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede scolastica;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento:

colloqui individuali per alunni;

colloqui individuali e/o di coppia per genitori;

Conferenze su tematiche adolescenziali: Emozioni e sessualità in adolescenza: istruzioni per l'uso; ansia e stress nel contesto scolastico: come reagisce il nostro cervello;

(b) modalità organizzative: colloqui individuali principalmente in orario scolastico;

(c) scopi: promuovere la conoscenza e la consapevolezza dei propri comportamenti, pensieri ed emozioni, favorire il benessere e intervenire in situazioni di disagio;

(d) limiti: trattasi di una consulenza psicologica finalizzata alla consapevolezza e alla risoluzione della problematica diversa da un intervento psicoterapeutico;

(e) durata delle attività: massimo 5 incontri individuali;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

Il Professionista



Dott.ssa EMANUELA DE CHICCHIS
Via Sabazia, 16 - 00198 ROMA
C.F. DCHMML58A56H501B - P.I. 09303181003
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssapresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssapresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorene.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssapresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO SCIENTIFICO STATALE "TULLIO LEVI CIVITA"

Via Torre Annunziata, 11-13 - 00177 - ROMA - Tel. 06/121122455 – Cod. Fisc. 80216770588

✉ RMPS450002@istruzione.it - Indirizzo web: www.levicivita.edu.it

Posta Elettronica Certificata: RMPS450002@pec.istruzione.it

con sede associata **LICEO SCIENTIFICO STATALE "UMBERTO I – sezione ospedaliera"**

Università di Roma "La Sapienza" – Azienda policlinico "Umberto I"

SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO
A.S. 2020/2021

Lo sportello d'ascolto psicologico nasce su precisi riferimenti legislativi con un duplice obiettivo, la prevenzione del disagio e la promozione del benessere psichico e relazionale degli studenti e di coloro che partecipano alla comunità scolastica, ovvero genitori e insegnanti e personale scolastico. Lo psicologo interviene con un'attività di ascolto individuale e di gruppo, in termini di consulenza e sostegno psicologico, offrendo uno spazio dove lo studente può sentirsi accolto e sostenuto nella definizione del problema e nella ricerca di strategie e soluzioni possibili. I colloqui hanno luogo durante l'orario scolastico all'interno dell'istituto e si svolgono in forma gratuita e tutelante la riservatezza. Si invitano i genitori degli alunni minorenni a compilare e ad apporre la propria firma sul presente modulo allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico, qualora ne avvertisse la necessità.

In fede,

Dr.ssa Emanuela De Chicchis

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

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

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

affidandosi alla Dott.ssa Emanuela De Chicchis, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine Psicologi del Lazio con il n. 4039,

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

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani-
di seguito C.D., 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.

2. la prestazione offerta riguarda colloqui di consulenza psicologica in forma individuale o in gruppo;
3. La prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di analisi della situazione problematica e individuazione di possibili strategie di risoluzione;
4. 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, diagnosi, 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);
5. Per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio di consulenza psicologica in forma individuale o in gruppo;
6. la durata globale dell'intervento è definibile in un minimo di 1 colloquio di consulenza fino ad un massimo di 5;
7. le prestazioni saranno rese durante l'orario scolastico presso l'Istituto "Tullio Levi Civita", via Torre Annunziata, 15 00177 Roma;
8. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Tania Carlucci la volontà di interruzione;
9. la dott.ssa Tania Carlucci può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);
10. Utenti e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui, con un preavviso minimo di almeno 24 ore. In caso di mancato preavviso nei tempi dovuti, la prestazione si riterrà effettuata;
11. La prestazione è retribuita tramite tariffa oraria aggiudicata in sede di Bando di gara e corrisposta dall'Istituto Scolastico al termine del contratto;
Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.

Sono 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 Tania Carlucci è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici, di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo email, 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 dell'utente e al fine di svolgere l'incarico conferito dall'utente 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, di contatto: 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 e di pagamento.
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, di contatto: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a 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, intervistazioni 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 .

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 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

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

Timbro e firma della/del Professionista
