**MODULO CONSENSO MINORI**

Gentili Genitori, con la presente Vi chiediamo:

- l’autorizzazione per l’accesso al servizio di SPORTELLO DI ASCOLTO, con accesso autonomo di vostro figlio, previa prenotazione tramite mail, nelle giornate prestabilite nel plesso frequentato;

- l’autorizzazione a partecipare ad eventuali incontri di classe con la psicologa che potranno essere programmati su richiesta del consiglio di classe relativamente a dinamiche di gruppo.

| I signori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità̀ di esercenti la potestà̀ genitoriale/tutoria sul/sulla minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità̀ di intervento dello Sportello d’Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, **AUTORIZZANO** il/la minore, ad usufruire dei colloqui con la Psicologa, Dr.ssa Claudia Picinotti, qualora ne avvertisse la necessità  Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Firma leggibile degli esercenti la potestà̀ genitoriale/tutoria  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Si rimanda al sito della scuola per l’informativa sul trattamento dei dati personali e la privacy.** |
| --- |

| I signori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità̀ di esercenti la potestà̀ genitoriale/tutoria sul/sulla minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione delle informative di seguito allegate, **AUTORIZZANO** il/la minore, a presenziare agli interventi in classe della Psicologa, Dr.ssa Claudia Picinotti, qualora il consiglio di classe ne facesse richiesta.  Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Firma leggibile degli esercenti la potestà̀ genitoriale/tutoria  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Si rimanda al sito della scuola per l’informativa sul trattamento dei dati personali e la privacy.** |
| --- |

**CONSENSO INFORMATO - CONSULENZA PSICOLOGICA PER I MINORI e ADULTI**

1) Ai sensi dell’art. 1 della legge n. 56/89 istituita dall’Ordine degli Psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e per le attività̀ di sostegno in ambito psicologico.

2)  Lo Psicologo è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l’obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà̀ genitoriale.

3)  Fino a quando saranno vigenti le normative anti-Covid le prestazioni saranno rese all’interno della piattaforma per la Didattica a Distanza utilizzata dall’Istituto Comprensivo come da orario indicato.

4)  Le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore/adulto, la domanda d’aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse in un numero di 4-5 incontri

5)  Principale strumento di intervento sarà̀ il colloquio, individuale o in piccolo gruppo, ove se ne evidenzi la necessità.

7)  I benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale.

8)  In qualsiasi momento i genitori del minore/ l’adulto potranno decidere di interrompere il rapporto con il professionista. In tal caso i genitori/l’adulto si impegnano a comunicare tale volontà̀ di interruzione al professionista.

**INFORMATIVA ALL’INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO NELL’ESPLETAMENTO DELL’INCARICO PROFESSIONALE RICEVUTO DAL CLIENTE.**

Il GDPR D.lgs. 679/2016 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa suindicata, tale trattamento sarà̀ improntato ai principi di correttezza, liceità̀ e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell’articolo 13 D.lgs. 196/2003 e 7 del GDPR, si forniscono le seguenti informazioni.

1. Il trattamento potrà̀ riguardare anche dati personali definiti dall’articolo 37 del D. Lgs.196/2003, dati “sensibili”, ossia dati idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché́ i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Il trattamento che sarà̀ effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dall’Autorizzazione generale del Garante n. 2/2004, avrà̀ le medesime finalità̀ di cui al successivo punto 2 della presente informativa. Il trattamento sarà̀, inoltre, effettuato con le modalità̀ indicate nel successivo punto 3. In ogni caso, i dati idonei a rivelare lo stato di salute non potranno essere diffusi (art. 26, comma 5 D.L.193/2003 e/o del GDPR).

2. Tutti i dati forniti verranno trattati unicamente ai fini di prevenzione e delle attività̀ connesse allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall’incarico affidato alla dr.ssa Claudia Picinotti.

3. Il trattamento dei dati sarà̀ effettuato secondo modalità̀ sia manuali sia informatiche e, in ogni caso, idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

4. I Vostri dati personali saranno usati per la realizzazione di un report contenente dati statistici che sarà comunicato alla Scuola ed al Comune committente del servizio offerto. Il conferimento dei dati è facoltativo, anche se l’eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto.

5. La dr.ssa Claudia Picinotti renderà̀ accessibili i dati che La riguardano alle Autorità̀ Sanitarie e/o Giudiziarie, nonché́ a terzi qualificati solo sulla base di precisi obblighi di legge; in tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà̀ avvenire solo previa Sua esplicita richiesta e, in ogni caso, elusivamente per i fini di cui al punto 2 della presente informativa.

6. Il titolare del trattamento è l’Istituto Comprensivo di Bucine nella figura della Dirigente Prof.ssa Lisa Sacchini

7.Il responsabile del trattamento è la dr.ssa Claudia Picinotti.

In ogni momento l’interessato potrà̀ esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell’articolo 7 del D.lgs. 196/2003 e/o del GDPR, il quale prevede:

a) il diritto di chiedere ed ottenere la conferma dell’esistenza o meno dei dati che lo riguardano e di averne comunicazione in forma intelligibile;

b) il diritto dell’interessato ad ottenere l’indicazione dell’origine dei dati, delle finalità̀, delle modalità̀ e della logica del trattamento;  
c) il diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettificazione o, quando ne abbia interesse, l’integrazione dei dati o la loro cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;  
d) il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché́ pertinenti allo scopo della raccolta.