



AMBITO TERRITORIALE 18
IC 2 MOSCATI MAGLIONE
VIA M. D' OTRANTO SNC 80026 CASORIA NA
C.F. 80103650638
TEL/FAX 081 7584581 D.S. 081 7585519
COD. MECC. NAIC8EW001
www.icmoscatimaglione.gov.it
MAIL: naic8ew001@istruzione.it
PEC:naic8ew001@pec.istruzione.it



Modulo di autorizzazione e consenso alla partecipazione alle attività progettuali relative allo "Sportello Di Ascolto Psicologico" _Modulo per minori di anni 18

A.S. 2021-2022

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]

SEZIONE 1

Sono informato/a sui seguenti punti in relazione al **CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE PSICOLOGICA:**

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 è finalizzata ad attività di prevenzione e/o sostegno in ambito psicologico (*art.1 della legge n.56/1989*);
3. Il servizio è attivato dall' IC2 Moscati Maglione di Casoria (NA) per offrire un servizio di "Sportello di ascolto psicologico". Le prestazioni saranno erogate e in modalità in presenza presso i locali della scuola e/o a distanza, sulla piattaforma istituzionale disposta dalla scuola, in area dedicata;
4. La durata del servizio sarà limitata ad alcuni incontri;
5. In qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla/al dott.ssa Maddalena Pannone la volontà di interruzione;
6. La dott.ssa Maddalena Pannone 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.);
7. Le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati oppure all'inizio di ogni rapporto di consulenza. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti ,

Sono informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679**:

1. Il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza 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 **MADDALENA PANNONE** è Responsabile esterno del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto: a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento — informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC. b. dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla nostra/mia salute fisica o mentale 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. Con il termine **dati personali** si intendono le categorie sopra indicate, congiuntamente considerate. 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 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale, come previsto dalla normativa del Regolamento UE 2016/679 (art. 32).
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
5. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.
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 tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
 - a. dati anagrafici, di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario e successivamente per un tempo di **10 anni**;
 - b. dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di **5 anni** (art.17 del Codice Deontologico de-gli Psicologi Italiani).
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 e 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 una delega scritta a terzi. 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.

c. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.

d. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), i dati personali del figlio/a minorenni sul quale esercitate la responsabilità genitoriale, sono raccolti unicamente per le finalità del Servizio di Psicologia dell'Istituto Comprensivo "2 Moscati Maglione" di Casoria e non possono essere divulgati a terzi.

e. E' possibile far valere i diritti dell'interessato previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 2016/679: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione. La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto al conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare il suddetto Servizio.

9, Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 4 comma 7 e 24 del Regolamento UE 2016/679 per l'IC 2 Moscati Maglione" con sede a Casoria, è la **dott.ssa De Robbio Virginia**.

SEZIONE 2

a. Nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore/**alunna/o** (indicare cognome e nome dell'alunno/a) ,nato/a a.....il.....frequentante la classe.....del plesso.....di codesto istituto, avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, letto e compreso tutti i punti del presente modulo, **esprime il proprio libero consenso alla prestazione psicologica, autorizzando la dott.ssa Pannone Maddalena, psicologa, all'espletamento di tutte le attività previste dal progetto "Sportello di ascolto psicologico".**

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO (barrare la casella con una X se si fornisce il consenso)

b. Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al minore, **esprime il proprio libero consenso al trattamento e alla comunicazione dei relativi dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.**

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO (barrare la casella con una X se si fornisce il consenso)

Data e Luogo _____

Firma del padre: _____

Firma della madre: _____

SI ALLEGANO CARTE D'IDENTITA' (fotocopie LEGGIBILI fronte retro, controfirmate, dei documenti di **ENTRAMBI** i genitori o di chi ne abbia la responsabilità genitoriale)