I.C. “G.Falcone” Aci Castello

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO**

In riferimento al progetto "Sportello d’ascolto" che coinvolgerà gli alunni dell’Istituto Comprensivo “G. Falcone” , si informa che:

* la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all’orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i 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 principale;
* il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo eccezioni particolari).
* lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
* lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
* lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE/TUTORE/AFFIDATARIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), Via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME MADRE/TUTRICE /AFFIDATARIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), Via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che frequenta la classe\_\_\_\_\_\_sez\_\_\_\_ plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d’ascolto 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 in corso. Dichiarano inoltre di aver acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell’art. 13 del codice della privacy e del regolamento Europeo 679/2016

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del padre/tutore/affidatario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della madre/tutrice/affidataria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nel caso in cui firmi un solo genitore:**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quarter del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Dichiara inoltre di aver acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell’art. 13 del codice della privacy e del regolamento Europeo 679/2016

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento di dati sensibili del minore / adulto**

*Informativa ex art. 13 D.Lgs.196/2003 in materia di trattamento di dati personali e sensibili*

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30/6/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali” prevede la tutela delle persone e di altri soggetti (anche i minori) rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti della persona interessata.

In particolare, i dati denominati sensibili (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori (in caso di minore) o della persona interessata, secondo quanto previsto dall’Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

**1. Finalità del trattamento**

La informiamo che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell’interesse e nella tutela del minore o della persona interessata. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso l’I.C. “G.Falcone” di Aci Castello nei confronti di minori e/o adulti che frequentano lo stesso.

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L’eventuale mancato conferimento comporta l’impossibilità per il Dott. Maurizio Antonio Maria Percolla di prestare il servizio di Sportello Scolastico al minore/adulto.

**2. Modalità del trattamento**

Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l’adempimento delle sopra descritte finalità. Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dal Dott. Maurizio Antonio Maria Percolla sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

**3. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso.**

I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti: a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge

o a tutela dell’esclusivo interesse del soggetto. Lo psicologo Maurizio Antonio Maria Percolla potrebbe dover rendere accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie i dati personali, sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso.

**4. Responsabile del trattamento.**

Responsabile del trattamento è il Dott. Maurizio Antonio Maria Percolla. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all’attività dello “Sportello D’Ascolto” e per adempiere agli obblighi derivanti dall’incarico del Dott. Maurizio Antonio Maria Percolla. I dati in nessun caso verranno comunicati a soggetti privati senza il preventivo consenso scritto dell’interessato

**5. Diritti dell’interessato**

L’interessato in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all’art. 7 e 24 del D. Lgs. 196/03 in merito alla cancellazione, l’aggiornamento, la rettifica o l’integrazione dei dati personali registrati.

**6. Tempi di conservazione dei dati**

I dati anagrafici, di contatto verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per un tempo di 10 anni; 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 degli Psicologi Italiani)

**7. Reclami o segnalazioni**

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