CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO E DI INCLUSIONE TELEMATICO

La sottoscritta dott.ssa CAPOBIANCO MARIANNA Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 15335 (marycap80@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto e di inclusione Telematico, istituito in ottemperanza al DPCM 9 marzo 2020, che dispone la sospensione delle attività didattiche fino al 3 aprile, presso la Scuola IIS FERMI-FILANGIERI di Formia, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese online tramite piattaforma telematica concordata (Skype.; Facebook; WhatsApp ecc)

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

- La prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico online finalizzato alla prevenzione del disagio scolastico e dell'esclusione sociale e alla promozione del benessere psicosociale
- La prestazione è rivolta a studenti, genitori e docenti dell' IIS Fermi Filangieri di Fomia (LT)
- Lo strumento principale di intervento sarà il colloquio su piattaforma telematica (Skype.; Facebook; WhatsApp ecc) eventualmente supportato dallo scambio via mail
- Gli incontri su piattaforma online si terranno nei giorni e negli orari stabiliti dall' l'Istituto IIS Fermi-Filangieri, in riferimento al progetto di Assistenza Specialistica 2019/2020 "Noi e gli Altri" gestito dalla Cooperativa "Spazio Incontro Onlus" presso l'IIS Fermi –Filangieri di Formia
- La consulenza è gratuita, poiché parte delle attività previste dal progetto di Assistenza Specialistica 2019/2020 "Noi e gli Altri" gestito dalla Cooperativa "Spazio Incontro Onlus" presso l'IIS Fermi – Filangieri di Formia
- La psicologa valuta ed eventualmente, su richiesta, fornisce all'utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice degli Psicologi italiani)
- La psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare al rispetto del segreto professionale (Art.11) con eventuale deroga subordinata a consenso dell'utente e valutazione preminente della tutela psicologica del soggetto (Artt. 12 e 13)

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 Marianna Capobianco

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 dal dott. ……presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenne……
nata a ..... il____/___/_____
e residente a ……
in via/piazza ……n……
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 dal... dott. .....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre del minorenne……
nato a ..... il____/___/_____
e residente a ……
in via/piazza ……n……
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 dal... dott. .....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a……
il____/___/_____
Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
.....
residente a ……
in via/piazza ……n……
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. .....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI DEL MINORE

Informativa ex art. 13 D.Lgs.196/2003 in materia di trattamento di dati personali e sensibili e GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30/6/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e il GDPR (Regolamento UE 2016/679) prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti (anche i minori) rispetto al trattamento dei dati personali e del. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del minore interessato. In particolare, i dati denominati sensibili (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, 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. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso la Scuola Secondaria di II grado IIS Fermi-Filangieri di Formia, nei confronti degli adulti (genitori, docenti) e dei minori che frequentano la stessa. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità a partecipare al progetto.

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 dalla Dott.ssa Capobianco Marianna 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.

4. Titolare e Responsabile del trattamento è la Dirigente Scolastica Prof.ssa Rossella Monti

5. Diritti dell'interessato
Le ricordiamo, infine, che 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.

I sottoscritti (per i minorenni)

Cognome e nome del padre.....
Cognome e nome della madre.....
genitori del minore.....classe.....

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003:

- ACCONSENTONO
- NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) _____necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data, ...

Firma del padre ..... Firma della madre.....
Il sottoscritto (per UTENTI adulti)

……..

avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003:

- ACCONSENTE
- NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data, ...

Firma del padre .....