

Da restituire compilato e firmato da entrambi i genitori per presa visione ed accettazione

**SPORTELLLO DI ASCOLTO RIVOLTO AGLI ALUNNI DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO 1 DI
UDINE
MODULO DI CONSENSO INFORMATO E PRIVACY**

Informativa (breve) trattamento dati personali ai sensi dell'art. 13 Reg. 679/16 (GDPR)

In relazione ai dati personali eventualmente trattati durante lo svolgimento delle attività, si specifica che:

1. La dott.ssa Elena Pellarin è **Titolare** del trattamento dei dati personali raccolti per lo svolgimento dell'incarico. Essi saranno trattati esclusivamente per le **finalità** connesse allo svolgimento delle attività di consulenza psicologica prevista dallo Sportello di Ascolto rivolto ad alunni, famiglie e insegnanti;
2. Il trattamento dei dati personali ha quale base giuridica l'art. 6 par. 1 lett. A del GDPR, ovvero il Suo consenso espresso rilasciato tramite il presente modulo;
3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche. Non è previsto il trasferimento degli stessi in paesi extra-Ue;
4. I dati personali verranno conservati solo per il **tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti. Nello specifico il periodo di utilizzo e conservazione dei dati personali con riferimento alle diverse finalità di trattamento è di 10 anni;
5. I dati personali non 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**;
6. Sarà sempre possibile esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR** ed avere informazioni più dettagliate sulle attività svolte, sugli eventuali soggetti terzi che potrebbero venire a conoscenza dei dati, contattando la dott.ssa Elena Pellarin alla mail sportelloascolto@licudine.edu.it

Il Sig. _____, nr. telefono _____ e

La Sig.ra _____, nr. telefono _____

o

Il tutore _____, nr. telefono _____

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/tutoriale del/della minore _____ iscritto/a nella classe _____ della scuola _____, dichiarando di essere a conoscenza che:

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 riguarda un'attività di consulenza psicologica prevista dallo Sportello di Ascolto rivolto ad alunni, famiglie e insegnanti, condotto dalla dott.ssa Elena Pellarin.
3. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge n.56/1989);
4. per il conseguimento dell'obiettivo lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico. Questo avrà durata stimata di 50 minuti e sarà condotto con frequenza da concordare in base alla complessità del piano di intervento;
5. la psicologa è tenuta al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
6. la psicologa può valutare, ed eventualmente proporre, l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dal piano di 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;
7. in alcuni casi, per migliorare la qualità dell'intervento o rendere più efficace lo stesso può essere utile coinvolgere gli insegnanti e la scuola per un confronto costruttivo con lo scopo di aiutare nel miglior modo possibile il minore. Per quanto importante in alcune situazioni, non è una condizione necessaria ai fini della prestazione, pertanto voi genitori potrete decidere se autorizzare o meno questo scambio, sarà possibile anche in seguito rivalutare da parte vostra la scelta qui sotto espressa;
8. gli esercenti la responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 12. Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13. Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi;

In caso di prestazioni erogate a distanza:

9. la prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso Google Meet;
10. durante la prestazione a distanza, la psicologa si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non siano presenti soggetti terzi, e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni. Medesimo impegno è richiesto a chi è diretto l'intervento, e garantito da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, o la tutela.

11. la professionista dott.ssa Elena Pellarin è assicurata con Polizza RC professionale n. 500216747 sottoscritta con Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani (Roma) ed è iscritta all'Albo degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia al n. 1557;
12. la presente autorizzazione ha validità per tutto il periodo in cui il minore frequenta l'Istituto Comprensivo 1 di Udine, senza la necessità di essere rinnovata annualmente;
13. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Elena Pellarin la volontà di interruzione.

Letto e compreso quanto sopra,

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

la dott.ssa Elena Pellarin ad effettuare la consulenza psicologica (che potrebbe svilupparsi anche in più colloqui) nei confronti del proprio/a figlio/a.

Inoltre,

AUTORIZZANO IL CONFRONTO CON GLI INSEGNANTI DI RIFERIMENTO

NON AUTORIZZANO IL CONFRONTO CON GLI INSEGNANTI DI RIFERIMENTO

Luogo e data _____

Firma del genitore (o del tutore)

Firma del genitore (o del tutore)
