

***Ministero dell’Istruzione***

*Istituto Comprensivo “Via Tolstoj” Via Tolstoj,1 – 20832 Desio*

*Telefono: 0362 626264 - Fax: 0362 307837*

*e-mail:* [*mbic878005@istruzione.it*](mailto:mbic878005@istruzione.it) Pec:[*mbic878005@pecistruzione.it*](mailto:mbic878005@pecistruzione.it)

*sito web:* [*www.ictolstoj.edu.it*](http://www.ictolstoj.edu.it/)

***C.M.*** *MBIC878005 -****C.F.*** *83051260152 – Codice univoco UFRMDS*

# CONSENSO INFORMATO PER LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO E INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentili genitori,

a seguito dell’attivazione del servizio di supporto psicologico, a titolo gratuito, presso l’’stituto, rivolto a studenti, genitori e personale della scuola e affidato alla dott.ssa Pamela Cristalli, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia n. 13404, con la presente desideriamo informarla riguardo le modalità di erogazione del servizio ed il trattamento dei dati personali che sarà effettuato.

# Descrizione delle attività

Le attività dello sportello di Ascolto e sostegno psicologico, come da Protocollo d’Intesa tra il Ministero dell’Istruzione e il Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi del 26/10/2020, in relazione all’emergenza COVID19, saranno come di seguito finalizzate:

1. Attività di Counseling psicologico/Sportello psicologico, consulenza psicologica per docenti, interventi nelle classi che necessitano di supporto alle dinamiche sociorelazionali, da realizzare in presenza (e in modalità on line qualora l’andamento della curva epidemiologica lo richiedesse o qualora sia richiesto dalle esigenze specifiche degli utenti). Gli incontri in presenza verranno pianificati secondo le misure di riservatezza e sicurezza previste; in caso di sportello a distanza verranno discusse e formulate le procedure più idonee per agevolare la fruizione del servizio. La psicologa non è responsabile in alcun modo dell’uso fraudolento ed illecito della piattaforma e dei relativi servizi che possa esser fatto da parte di terzi. Le consulenze anche a distanza devono avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati. I colloqui non verranno né dovranno essere registrati né in audio né in video.

2. Creazione e gestione di uno spazio di ascolto psicologico finalizzato alla prevenzione di comportamenti a rischio degli alunni, con attività di supporto/consulenza tra cui: osservazioni in classe, proposte di strategie migliorative nella gestione della stessa e nelle scelte di carattere pedagogico, coordinamento psicopedagogico, colloqui di consulenza con i docenti;

3. Progettazione delle attività da svolgere tramite condivisione con i docenti e, se necessario, con i servizi territoriali competenti;

4. Individuazioni di soggetti problematici presenti in classe da parte degli insegnanti mediante la valutazione di alcuni principali indicatori: disturbi comportamentali, deficit attentivi, aggressività, letargia mattutina, difficoltà di apprendimento, scarso rendimento, deficit di memoria, scarsa motivazione, tendenza all'isolamento, tratti ansiosi e/o depressivi;

5. Tutela del benessere psico-fisico di alunni, dei genitori e del personale della scuola, per gli effetti dell'emergenza sanitaria Covid-19. Sono previste ore di supporto psicologico, soprattutto per gli individui fragili, con programmazione del “post epidemia”, per patologie che dovessero manifestarsi sotto forma di disturbi post traumatici da stress e con verifica “anche” delle condizione psicologiche di chi dovesse essere messo in quarantena”;

6. Sportello di ascolto e consulenza per il personale della scuola, genitori e ragazzi della SSIG.

La consulenza psicologica non comprende pratiche di attività psicodiagnostica e psicoterapeutica, in conformità coi principi espressi nel Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. La consulenza fornita ha carattere consulenziale/informativo e non costituisce una psicoterapia o intervento clinico come da Protocollo sopra citato.

**Modalità di erogazione del trattamento**

* 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.
* la prestazione offerta riguarda colloqui psicologici all’interno dello sportello ascolto e le attività sopra elencate;
* la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di consulenza psicologica;
* la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
* per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio clinico e strumenti meglio dettagliati nella descrizione delle attività;
* la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;

**Informativa sul trattamento dei dati personali (ex. art. 13 codice e Regolamento Europeo 679/2016)**

Secondo le disposizioni del Regolamento Europeo 2016/679, nel seguito indicato sinteticamente come Regolamento, e del Decreto Legislativo n. 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018, nel seguito indicato sinteticamente come Codice, tale trattamento sarà improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza ed effettuato attraverso l’adozione di misure tecniche ed organizzative opportunamente identificate al fine di garantire ai suoi dati riservatezza, correttezza ed integrità e a lei il pieno esercizio dei suoi diritti.

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano 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 Pamela Cristalli è Titolare del trattamento nella SSIG dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questo contratto:

a. dati anagrafici, di contatto– informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;

b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall’art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) 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 conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i dati personali. 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 C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del aziente/cliente e al fine di svolgere l’incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.

4. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.

5. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l’integrità, l’accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.

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 dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:

a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di 10 anni;

b. dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell’incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici e di pagamento.

8. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l’esecuzione dell’incarico, sarà possibile all’interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018 (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.



***Ministero dell’Istruzione***

*Istituto Comprensivo “Via Tolstoj” Via Tolstoj,1 – 20832 Desio*

*Telefono: 0362 626264 - Fax: 0362 307837*

*e-mail:* [*mbic878005@istruzione.it*](mailto:mbic878005@istruzione.it) Pec:[*mbic878005@pecistruzione.it*](mailto:mbic878005@pecistruzione.it)

*sito web:* [*www.ictolstoj.edu.it*](http://www.ictolstoj.edu.it/)

***C.M.*** *MBIC878005 -****C.F.*** *83051260152 – Codice univoco UFRMDS*

**MAGGIORENNI (GENITORI E PERSONALE SCOLASTICO)**

Il Sig./la Sig.ra …………………………………………………………………………………………………………………………………

nata a………………………………………………………..il / / e residente a ..................................

in via……….......................................................................n.….…….....

identificato/a mediante documento …………………………………………n° ………………………………………………

Telefono…………………………………………………………………Mail……………………………………………………………………

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Pamela Cristalli presso lo Sportello di ascolto. Dichiara, inoltre, di avere 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.

Luogo e data

Firma



***Ministero dell’Istruzione***

*Istituto Comprensivo “Via Tolstoj” Via Tolstoj,1 – 20832 Desio*

*Telefono: 0362 626264 - Fax: 0362 307837*

*e-mail:* [*mbic878005@istruzione.it*](mailto:mbic878005@istruzione.it) Pec:[*mbic878005@pecistruzione.it*](mailto:mbic878005@pecistruzione.it)

*sito web:* [*www.ictolstoj.edu.it*](http://www.ictolstoj.edu.it/)

***C.M.*** *MBIC878005 -****C.F.*** *83051260152 – Codice univoco UFRMDS*

**MAGGIORENNI (GENITORI E PERSONALE SCOLASTICO)**

Il Sig./la Sig.ra …………………………………………………………………………………………………………………………………

nata a………………………………………………………..il / / e residente a ..................................

in via……….......................................................................n.….…….....

identificato/a mediante documento …………………………………………n° ………………………………………………

Telefono…………………………………………………………………Mail……………………………………………………………………

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Pamela Cristalli presso lo Sportello di ascolto. Dichiara, inoltre, di avere 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.

Luogo e data

Firma



***Ministero dell’Istruzione***

*Istituto Comprensivo “Via Tolstoj” Via Tolstoj,1 – 20832 Desio*

*Telefono: 0362 626264 - Fax: 0362 307837*

*e-mail:* [*mbic878005@istruzione.it*](mailto:mbic878005@istruzione.it) Pec:[*mbic878005@pecistruzione.it*](mailto:mbic878005@pecistruzione.it)

*sito web:* [*www.ictolstoj.edu.it*](http://www.ictolstoj.edu.it/)

***C.M.*** *MBIC878005 -****C.F.*** *83051260152 – Codice univoco UFRMDS*

I sottoscritti genitori dell’alunno/a ……………………………………………..………………………………..classe…………………….

Padre …………………………………………………………………….. Madre…….……………………………………….………………………..

dichiarano di avere acquisito in data odierna le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell’Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016 relative al trattamento dei dati e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Pamela Cristalli presso lo Sportello di ascolto

Luogo e Data ……………………………………….. F I R M E (di **ENTRAMBI** i genitori)

……………………….………………………………………………..…… (md)

………….……………………………………………….……………………(pd)

**IN CASO DI UN SOLO GENITORE**

Il/ la sottoscritto/a…………………………………………………Genitore dell’alunno/a………………………………………..classe……………….

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 artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori e dichiara di avere acquisito in data odierna le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell’Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016 relative al trattamento dei dati e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Pamela Cristalli presso lo Sportello di ascolto

Luogo e Data ……………………………………….. F I R M A ……………………….………………………………………………..……

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



***Ministero dell’Istruzione***

*Istituto Comprensivo “Via Tolstoj” Via Tolstoj,1 – 20832 Desio*

*Telefono: 0362 626264 - Fax: 0362 307837*

*e-mail:* [*mbic878005@istruzione.it*](mailto:mbic878005@istruzione.it) Pec:[*mbic878005@pecistruzione.it*](mailto:mbic878005@pecistruzione.it)

*sito web:* [*www.ictolstoj.edu.it*](http://www.ictolstoj.edu.it/)

***C.M.*** *MBIC878005 -****C.F.*** *83051260152 – Codice univoco UFRMDS*

I sottoscritti genitori dell’alunno/a ……………………………………………..………………………………..classe…………………….

Padre …………………………………………………………………….. Madre…….……………………………………….………………………..

dichiarano di avere acquisito in data odierna le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell’Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016 relative al trattamento dei dati e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Pamela Cristalli presso lo Sportello di ascolto

Luogo e Data ……………………………………….. F I R M E (di **ENTRAMBI** i genitori)

……………………….………………………………………………..…… (md)

………….……………………………………………….……………………(pd)

**IN CASO DI UN SOLO GENITORE**

Il/ la sottoscritto/a…………………………………………………Genitore dell’alunno/a………………………………………..classe……………….

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 artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori e dichiara di avere acquisito in data odierna le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell’Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016 relative al trattamento dei dati e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Pamela Cristalli presso lo Sportello di ascolto

Luogo e Data ……………………………………….. F I R M A ……………………….………………………………………………..……