

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

(ai sensi dell'art.24 del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani")

Da restituire al professionista

A.S.2022-2023

La/il sottoscritta/o genitore _____, nata/o a _____
_____ il _____
_____ ed _____

La/il sottoscritta/o genitore _____, nata/o a _____
_____ il _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

affidandosi al dott. Alessandro Garuglieri o alla dott.ssa Ilaria Zirizzotti, operanti su incarico all'interno dell'Istituto di Istruzione Superiore "Alberti-Dante" con sede in via san Gallo, 68, Firenze,

sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. Il Servizio è erogato all'interno della struttura e della proposta formativa dell'Istituto di Istruzione Superiore "Alberti-Dante" di Firenze;
2. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, 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.;
3. la prestazione offerta riguarda attività di counseling scolastico ed attività di prevenzione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge n.56/1989);
4. per il conseguimento accetto/accettiamo che vengano utilizzati, a seconda delle necessità concordate con l'Istituto, i seguenti strumenti:
 - colloquio psicologico tramite incontro in presenza, messaggi e-mail, video o audio chiamata;
 - Intervento sul gruppo classe
5. **Che il professionista potrà avvalersi della modalità di erogazione del servizio tramite canali informatici (videochiamata, chat telefonica, telefonata) nel caso in cui sia necessario contattare l'alunno/a per comunicazioni e scambi inerenti il servizio di sportello o nel caso sia impossibile accedere all'Istituto per motivi sanitari;**
6. la durata globale dell'intervento è definita in base ai criteri del counseling scolastico (indicativamente massimo 5 incontri, salvo deroghe specifiche dell'Istituto);
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando al professionista di riferimento la volontà di interruzione. Il professionista 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 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);

Il dott. Garuglieri Alessandro e la Dott.ssa Ilaria Zirizzotti sono assicurati con Polizza RC professionale sottoscritta con Allianz SpA.

Sono/È 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. Il dott. Garuglieri e la dott.ssa Zirizzotti, **relativamente a coloro che incontreranno**, sono **titolari** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:

- a. dati anagrafici e di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo Mail e PEC.
 - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.
- 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.
 - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

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.
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 e di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili 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 degli 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.
9. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
10. 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** (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati 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.
11. 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 .

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

FORNISCONO IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____