

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PSICOLOGICA PRESSO LE CLASSI E PRESSO LO SPORTELLO D'ASCOLTO

La sottoscritta *dott.ssa Samantha Tomasi, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana n. 9260-A con annotazione elenco psicoterapeuti, email: [supportopsicologico@denicola.edu.it](mailto:supportopsicologico@denicola.edu.it)* prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto istituito presso la Scuola I.T.C. "E. De Nicola", San Giovanni La Punta (CT), fornisce le seguenti informazioni in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018, che 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.

- Le prestazioni che ci si appresta ad eseguire consistono in **osservazioni e interventi all'interno della classe ed eventuali consulenze psicologiche individuali e/o di gruppo** finalizzate ad attività di contrasto alla dispersione scolastica e di promozione e di tutela della salute e del benessere. Le prestazioni sono anche finalizzate ad analizzare, insieme allo studente, la domanda di aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse.
- Le prestazioni saranno rese presso i locali dell' I.T.C. "E. De Nicola", San Giovanni La Punta (CT).
- A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno colloquio clinico, osservazione, test, tecniche di derivazione cognitivo comportamentale.
- La durata complessiva dell'osservazione e dell'intervento si articola nei mesi tra aprile 2024 e dicembre 2024. Le prestazioni all'interno del gruppo classe saranno oggetto di valutazione e variabili in funzione delle caratteristiche del contesto, delle problematiche emerse e degli obiettivi formulati. La durata del percorso di supporto psicologico individuale non è prevedibile a priori, pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione.
- La consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dallo studente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente lo studente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa.
- In qualsiasi momento lo studente e/o i genitori/tutori potranno interrompere la prestazione. In tal caso, lo studente si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto. Nel caso dei genitori si rendono disponibili a lasciar effettuare un ultimo incontro con il proprio figlio finalizzato alla sintesi del lavoro svolto.
- La consulenza scolastica attivata con lo sportello d'ascolto è da ritenersi gratuita per l'utenza.
- La dott.ssa Samantha Tomasi è Titolare del trattamento 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 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 prioritariamente secondo quanto previsto dal C.D.;

- Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato dello studente (e/o dei genitori/tutori) al fine di svolgere l'incarico conferito dall'utente allo psicologo. 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.
- 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.
- I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 Venezia 11 - 00187 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771. PEO: [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it) - PEC: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it) .

*Janantia Tomas*

Il Professionista (firma)

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente .....nato/a a .....  
.....il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a.....  
in via/piazza.....n.....

Recapito telefonico.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese da lla dott.ssa Tomasi Samantha nell’ambito dello Sportello di ascolto psicologico e della consulenza psicologica presso le classi.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....

nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

recapito telefonico.....

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 dalla dott.ssa Tomasi Samantha nell’ambito dello Sportello di ascolto psicologico e della consulenza psicologica presso le classi.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenni.....

nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

recapito telefonico.....

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 dalla dott.ssa Tomasi Samantha nell’ambito dello Sportello di ascolto psicologico e della consulenza psicologica presso le classi.

Luogo e data

Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig. ....nata/o ..... il \_\_/\_\_/\_\_

Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità

emanante, data numero)

residente a ..... in via/piazza.....

recapito telefonico .....

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 dalla Dott.ssa Tomasi Samantha dello Sportello di ascolto psicologico e della consulenza psicologica presso le classi.

Luogo e data

Firma del tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_