

Modulo per la prestazione psicologica
Sportello Supporto & Ascolto Psicologico

Consenso per **MINORI (ALUNNI)**

Da sottoscrivere da parte di **ENTRAMBI** i genitori o chi esercita potestà sul minore

La sottoscritta _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in qualità di **madre**.

e

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in qualità di **padre**.

Sono/siamo informato/a sui seguenti punti in relazione al consenso informato forniti dalla Dott.ssa Maria Carmela Lavacca Spec.nda in Psicoterapia Integrata, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 21704, in merito al progetto di ascolto & supporto psicologico realizzato presso l'I.C. Muzio di Bergamo.

2. La prestazione offerta riguarda le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto.
3. La prestazione è finalizzata ad attività professionali 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 – (art. 13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 – di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018); Non si configura come terapia né tantomeno come psicoterapia.
4. Il servizio dedicato agli studenti, ai genitori e al personale d'Istituto, è una consulenza psicologica come indicato nel punto 3. L'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea e si sviluppa in una consulenza psicologica breve, il numero degli incontri può essere al massimo di 2.
5. Utenti (Alunni) e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

I sottoscritti sono informati sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018.

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 dottoressa Maria Carmela Lavacca è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto: a. dati anagrafici (informazioni relative al nome, numero di telefono), b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica e 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. I dati sopra indicati 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.

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato al fine di svolgere l'incarico conferito 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 relativa conversazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, e avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto sopra indicato al trattamento dei dati relativi nell'esercizio della responsabilità genitoriale del **MINORE** _____ alunno della Scuola _____

_____ (Classe _____ Sez. _____ nato a/a _____

Residente a _____ in via _____ C:F: _____

(indicare i dati del minore)

FORNIAMO IL CONSENSO

Al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali, per tutte le finalità indicate nella presente informativa

Data, _____ luogo _____

Firma (madre) _____

Firma (padre) _____

Tale Consenso dovrà essere trasmesso firmato al Professionista unitamente ai documenti di riconoscimento di entrambi i genitori del Minore.

Riferimenti della professionista:

Dott.ssa Maria Carmela Lavacca

Psicologa, Spec.nda in Psicoterapia Integrata,

iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia

n. 21704

Mail: lavacca.carmen@icmuzio.it

Tel. 3338311100

