|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | C:\Users\standard\Desktop\pon_2014-2020_sm (1).jpg |  |  |
|  |

2° CIRCOLO DIDATTICO “S. FRANCESCO D’ASSISI”

Via San Domenico Savio 22 -70029 Santeramo in Colle (BA)Tel. 080/3036230 –

e-mail: baee16300t@istruzione.it sito web: [www.santeramo2cd.edu.it](http://www.santeramo2cd.edu.it)Cod. Fisc. 82002830725

|  |
| --- |
| Consenso informato per l’accesso del genitore allo Sportello d’Ascolto Psicologico |

Io sottoscritto, Nome………………………….. Cognome………………………………….Genitore ( ) o Affidatario ( ) dell’alunno/a.........................................................nato/a.......................................... il...............................frequentante la classe e sezione.......................................della Scuola …………...........................................................,

prendo visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito presso codesto Istituto, e vengo informato delle sue modalità di funzionamento:

**L**a Psicologa, dott.ssa Porfido Maria Carmela, effettuerà presso la scuola “S. Francesco D’Assisi” i colloqui di sostegno psicologico nel pieno rispetto delle norme sanitarie vigenti, oppure tramite la piattaforma Google Meet, a seconda delle necessità organizzative scolastiche, della dottoressa o della famiglia. I colloqui saranno limitati ad un massimo di tre incontri (il numero degli incontri sarà stabilito esclusivamente a discrezione della dottoressa Porfido) pertanto non si configura come una terapia psicologica ma unicamente di supporto psicologico.

* Per richiedere un appuntamento **in presenza** il genitore contatta la dottoressa telefonicamente (tel: 3294685172), fissa un incontro e comunica sulla mail della scuola giorno ed orario stabilito. Il giorno dell’incontro consegna alla dottoressa il presente modulo compilato e firmato.
* Per richiedere un appuntamento tramite **Google Meet** il genitore contatta la dottoressa e fissa con lei giorno ed ora dell’incontro. La dottoressa invierà tramite messaggio il link di collegamento ed il genitore invierà il modulo di consenso informato per messaggio o per mail alla dottoressa (3294685172 oppure maria\_porfido@hotmail.com).

Santeramo in Colle, …………….

**In fede, Firme di entrambi i genitori** ……………………………… …………………………………

**Informativa all’interessato e raccolta del relativo consenso per il trattamento dei dati personali sensibili da parte dello psicologo** nell’espletamento dell’incarico professionale ricevuto dal 2° Circolo Didattico “San Francesco D’Assisi” (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. La Dott.ssa **Porfido Maria Carmela** è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questo contratto:
	1. ddati anagrafici, di contatto e di pagamento – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC,

*Presupposto per il trattamento:* esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.

* 1. ddati 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.

1. 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.
2. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza,l’integrità e l’accessibilità dei dati personali.
3. 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.
4. 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**.

1. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
	1. ddati anagrafici, di contatto : verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per un tempo di **10anni**;
	2. ddati 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).
2. 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:
	1. ddati anagrafici, di contatto : potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l’erogazione dei servizi;
	2. ddati 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.
3. L’eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
4. 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 30giorni.

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,** per proprio conto

Il /la sottoscritto/a………………………………………, nato/a a ………………………..................... il………………………………e res.te a ……………………………………………………………….,..

Luogo…………………… Data ……………

 **Firma interessato** …………………………………

**Consenso dell’esercente la responsabilità, in caso di trattamento di dati sensibili di minore o tutelato**

Il sottoscritto ………………………………………………………, nato a ……………………………… il…………………………… e res.te a……………………….., e la sottoscritta ……………………….. nata a………………………….. il……………………………e res.te a………………………………….

Luogo……………………………………… Data……………………………………

**Firme leggibili** ……………………………………………………

 ……………………………………………………