

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO DELL'I.C. SAN GIOVANNI

La sottoscritta Dott.ssa Elisa FARENGA, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia n.1954 (cell. 3386396516, email elisafarenga@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'Istituto Comprensivo San Giovanni di Trieste, fornisce le seguenti informazioni:

- Lo Sportello sarà attivo dal **07/03/2022** fino al termine del presente anno scolastico (**30/06/2021**) e le prestazioni saranno rese presso i locali messi a disposizione delle scuole afferenti all'IC San Giovanni;
- Lo Sportello è indirizzato a studenti, Famiglie, Docenti e Personale ATA allo scopo di predisporre un servizio di assistenza psicologica per prevenire l'insorgenza di forme di disagio o malessere ed offrire uno spazio di ascolto in relazione a problematiche scolastiche;
- Lo Sportello sarà strutturato sul modello dei colloqui individuali, in presenza e/o in modalità telematica ed in tal caso seguiranno le disposizioni del "Codice di condotta per le prestazioni professionali degli psicologi via Internet e a distanza" disposto dal CNOP e a livello nazionale;
- Per ogni richiesta sono previsti 4 colloqui nell'arco del periodo di attivazione del Servizio, della durata di 45 minuti ciascuno; I colloqui potranno subire variazioni nel numero in base alla problematica presentata e in relazione alle richieste pervenute;
- la frequenza dei colloqui proposti avrà cadenza settimanale, la giornata e l'orario verranno concordati tra le parti sulla base delle esigenze individuali;
- Si considera implicita la sua connotazione non specificatamente terapeutica; nei casi in cui vengano individuate delle situazioni che esigano un approfondimento, verrà suggerito il percorso più opportuno tenendo conto dei servizi del territorio e/o presso uno studio privato;
- Il Servizio sarà gestito con totale autonomia professionale dallo psicologo;
- I Docenti potranno coordinare assieme alla professionista eventuali interventi, soprattutto nell'ambito delle dinamiche di prevenzione e contrasto al bullismo e cyberbullismo e dell'orientamento, ma saranno sempre e solo le Famiglie ad autorizzare i contatti;
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)

La Dott.ssa Elisa Farenga, in qualità di titolare del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni:

- I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrò a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.
- Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ha ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2016/679.
- Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei e, in ogni caso, idonei a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. In particolare, lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico.
- I dati raccolti nei test, negli appunti, nelle eventuali registrazioni saranno conservati per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati, sempre per scopi professionali.
- Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale, finalizzata al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico tramite strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza.
- Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.
- Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge; in tutti gli altri casi, ogni comunicazione su dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta o consenso.
- In caso di colloqui di coppia ovvero di gruppo, alcune informazioni su situazioni, stati, circostanze, giudizi, aspetti della personalità conosciuti o emersi nel corso dei colloqui, potranno essere parzialmente comunicati al partner o ai componenti del gruppo, esclusivamente per finalità di espletamento dell'incarico ricevuto.
- I suoi dati personali non saranno trasferiti all'estero, ma potranno essere salvati su server ubicati in paesi dell'unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell'unione europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea.
- In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.

L'interessato ha diritto:

- all' accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati;
- ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento;
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca;
- proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo elisafarenga@psypec.it o lettera raccomandata a/r all'indirizzo Via Revoltella 113.

Dopo aver letto attentamente il presente modulo, visto e compreso tutto quanto sopra indicato:

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

MODULO MAGGIORENNI

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il
_____ e residente a _____ in Via _____ n. _____

avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (Compagnia Assicurativa Allianz S.P.A, n. polizza [500216747](#)) dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con la dott.ssa Elisa Farenga
- di aver preso atto dell'informativa sulla Privacy e di prestare il proprio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate

Decide quindi con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa ElisaFarenga presso lo Sportello di ascolto dell'IC San Giovanni di Trieste.

Luogo e data _____

Firma _____

MODULO MINORENNI

Il sottoscritto (padre del minore) _____ identificato
mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da
_____ il _____

La sottoscritta (madre del minore) _____ identificata
mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da
_____ il _____

in quanto genitori del/della minore _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____ della scuola _____

oppure

in quanto tutori del/della minore _____

in ragione di (*indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione*)

avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stati posti a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (Compagnia Assicurativa Allianz S.P.A, n. polizza [500216747](#)), dichiariamo:

- Di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato con la Dottoressa Elisa Farenga
- Di aver preso atto dell'informativa sulla Privacy e di prestare il proprio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate

Decidono quindi con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elisa Farenga presso lo Sportello di ascolto dell'IC San Giovanni di Trieste.

Luogo e data _____

Firma della madre _____

Firma del padre _____