***Alunni MINORENNI***

**Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori**

**integrato con il modulo di autorizzazione in uso**

**per lo sportello scolastico gratuito per l’utenza**

*Totale pagine 3 inviare a* fmargaritelli.1969@iccivitellasanpaolo.edu.it

La Sig.ra (SCRIVERE IN STAMPATELLO...................................................................................

nata a il / /

e residente a …………………..…………......................................................................................................

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

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/a (NOME COGNOME) ……………………………………………possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli presso lo Sportello di ascolto. Si autorizza il figlio/a a richiedere appuntamento per lo Sportello di ascolto e si invia contestualmente tale dichiarazione firmata alla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli tramite mail.

Luogo e data ……………………………………. Firma della madre …………………………………………………………….

Recapito Telefonico per eventuali necessità comunicative: …………………………………………………….…………………………..

Il Sig. (SCRIVERE IN STAMPATELLO)..............................................................................

nato a il / /

e residente a

…………………..………….......................................................................................................

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a

(NOME COGNOME)………………………………… possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli presso lo Sportello di ascolto. Si autorizza il figlio/a a richiedere appuntamento per lo Sportello di ascolto e si invia, contestualmente, tale dichiarazione firmata alla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli tramite mail .

Luogo e data …………………………………………Firma del Padre …………………………………………………………

Recapito telefonico per eventuali necessità comunicative:

………………………………………………………………………………..

**Consenso da compilare**

La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]*

il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]*

affidandosi alla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli PEC flaviamargaritelli@psypec.it

Sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- *di seguito C.D.,* 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.
2. la prestazione offerta riguarda supporto psicologico;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria *in quanto caratterizzata da una prestazione di definizione del bisogno TRAMITE IL SERVIZIO SPORTELLO SCOLASTICO;*
4. per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:

colloquio e *la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;*

1. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli la volontà di interruzione;
2. la dott.ssa Flavia Maria Margaritelli 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 C.D.);

La dott.ssa Flavia Maria Margaritelli è assicurata con Polizza RC professionale.

Si è 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 dott.ssa/dott. **Flavia Maria Margaritelli** è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico.
3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero 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 la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.
7. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e comunque per un periodo minimo di **5 anni** (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici
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
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 GDPRe D.Lgs. 101/2018** (es. diritto di accesso ai dati personal, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento ecc) . Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste, 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,

nell’esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore ……………………………………………….

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicare i dati del minore)*

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 e al preventivo suindicati.

□ FORNISCE 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.

□ FORNISCE IL CONSENSO

Firma padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_