

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO
SPORTELLLO DI ASCOLTO E ORIENTAMENTO a.s. 2023/2024**

I.I.S.S. "FERRARIS DE MARCO VALZANI"

SEDE:

Il sottoscritto Salvatore Barbarossa , Psicologo, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 7761, indirizzo mail: s.barbarossa78@gmail.com; indirizzo pec: salvatorebarbarossa@pec.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto e Orientamento istituito presso l'I.I.S.S. "Ferraris De Marco Valzani" Polo Tecnico Professionale "Messapia" di Brindisi fornisce le seguenti informazioni:

- le prestazioni saranno rese in presenza presso l'I.I.S.S. "Ferraris De Marco Valzani" di Brindisi sede;
- la prestazione che verrà offerta ai fruitori di questo sportello d'ascolto è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti personali e relazionali e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto. Inoltre, ha l'obiettivo di fornire supporto psicologico ad alunni/studenti, ai loro genitori ed ai docenti per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;
- che 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;
- che gli strumenti principali di intervento sono il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- che la frequenza dei colloqui è stata valutata in base alla problematica psicologica ed alla disponibilità personale e nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione col professionista;
- la professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.psicologipuglia.it;
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

***Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo
prima di sottoscriverlo.***

Firma Psicologo



Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

PROGETTO D'ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA

Egregio Signore/Signora,

nell'ambito del PROGETTO D'ASCOLTO E ORIENTAMENTO, il sottoscritto Salvatore Barbarossa, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia nr. iscr. 7761, in qualità di titolare del trattamento dei dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico, desidera informarla, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016, che il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto di tale normativa, e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza dei diritti del minore interessato.

In particolare, i dati possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dal Regolamento in materia protezione dei dati personali.

a) Finalità del trattamento e base giuridica

I dati personali e particolari, nonché tutte le informazioni connesse allo svolgimento di ascolto e consulenza psicologica verranno trattate esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore. In particolare i dati personali Vostri e dei Vostri figli, trattati nell'interesse Vostro e della Vostra famiglia, sono utilizzati per lo svolgimento delle seguenti finalità:

- 1. svolgere attività di consulenza e supporto ai docenti, agli alunni e ai genitori degli alunni dell'I.I.S.S "Ferraris De Marco Valzani" di Brindisi;**
- 2. svolgere attività amministrative, organizzative e gestionali legate alla gestione del servizio;**
- 3. adempiere ad obblighi normativi nonché da disposizioni impartite da autorità autorizzate.**

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per il Titolare di prestare il servizio di Sportello di ascolto al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicologica breve.

b) Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle sopra descritte finalità. Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

c) Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso

I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

d) Tempo di conservazione dei dati

I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) e/o per il tempo necessario per obblighi di legge e in ogni caso fino alla revoca del consenso. Esaurite le finalità per i quali sono stati raccolti, i dati personali verranno anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati, distrutti in modo sicuro. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti: 1. dati anagrafici, di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e comunque per un tempo di 10 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale; 2. dati relativi allo stato di salute: saranno conservati 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).

Il Titolare non trasferisce i Suoi dati all'estero.

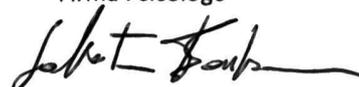
e) Il Titolare del trattamento è: il Dottor Salvatore Barbarossa, iscritto all' Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, n. iscriz. 7761, mail: s.barbarossa78@gmail.com; pec: salvatorebarbarossa@pec.it

f) Diritti dell'interessato.

Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui nella Sua qualità di interessato, previsti dall'art. 7 Codice della Privacy e di cui dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento sulla privacy, inviando una mail o una comunicazione scritta ai recapiti del Titolare (e-mail o pec) e per l'effetto ottenere: 1. la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali degli interessati, verificarne l'esattezza o richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione; 2. l'accesso, la rettifica, la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento; 3. la cancellazione, trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati personali trattati in violazione di legge. In qualsiasi momento, inoltre, l'interessato potrà opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano o revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Il Titolare potrà comunque conservare taluni dati personali anche dopo la richiesta di cessazione del trattamento esclusivamente per difendere o far valere un proprio diritto, ovvero nei casi previsti dalla legge o per effetto dell'ordine di un'autorità giudiziaria o amministrativa. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati ci si può rivolgere in qualsiasi momento al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare reclami o 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.

Brindisi, Dicembre 2023

Firma Psicologo



PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ___/___/___

Tutore del minore _____ in _____ ragione di _____

_____ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a _____ in via/piazza _____ n. ____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 presso lo Sportello di Ascolto e Orientamento mediante interventi di carattere psicologico.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa presso lo Sportello di Ascolto e Orientamento.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ___/___/___
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 presso lo Sportello di Ascolto e Orientamento mediante interventi di carattere psicologico.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ___/___/___
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 presso lo Sportello di Ascolto e Orientamento mediante interventi di carattere psicologico.

Luogo e data _____ Firma del padre _____