**CONSENSO INFORMATO ALLO SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO**

Il sottoscritto\* , nato a

il residente a \_, in via

tel: Indirizzo mail \_\_

e il sottoscritto\* , nato a

il residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via

tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affidandosi alla Dott.ssa Roberta Zunno

sono/è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato:**

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. la prestazione offerta riguarda:
   * Colloquio psicologico
   * Parent training
   * Teacher training
3. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e/o sostegno in ambito psicologico *(art.1 della legge n.56/1989);*
4. la durata globale dell’intervento è definibile: si concorderà in itinere.
5. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Roberta Zunno la volontà di interruzione.

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **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. Il **Dirigente Scolastico Dott.ssa Rosa Rosanna** è il **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questa prestazione:
3. dati anagrafici e di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC;

* Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento 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. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati e/o Responsabile Protezione 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](mailto:garante@gpdp.it) - PEC: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it) .

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato,

* per proprio conto (persona maggiorenne)
* nell’esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore nata/o a il

residente a in via

* esercitando la rappresentanza legale su \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a il

residente a in via

* altro specificare

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

* FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO
* NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in riferimento 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/FORNISCONO IL CONSENSO
* NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. Nel caso di alunni il consenso va firmato da entrambi i genitori con allegato documento d’identità**