

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa MANUELA SURIANO, Psicologa- Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 14152, (e-mail: suriano.manuela@malaspina.edu.it) prima di effettuare le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'IC MALASPINA di Massa (MS) fornisce le seguenti informazioni:

Lo Sportello d'Ascolto rappresenta uno spazio di consulenza e assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico e promuovere il benessere degli individui.

Le attività dello Sportello d'Ascolto saranno rese in presenza presso i locali dell'IC MALASPINA di Massa, via Palestro 43.

A. Tipologia d'intervento

- la prestazione consiste in una consulenza psicologica, finalizzata a supportare il benessere psicologico dell'individuo e non avrà finalità né diagnostica, né psicoterapeutica;
- potranno essere usati strumenti conoscitivi per avere delle informazioni utili per la relazione di supporto;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui;
- i dati forniti saranno trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. 101/2018 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è la dott.ssa Manuela Suriano;
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di consulenza ed è comunque strettamente legato alle finalità della relazione di sostegno;
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà quindi luogo con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge. Una volta concluso il proprio intervento, la dott.ssa Manuela Suriano s'impegna ad utilizzare l'eventuale materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale. 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;
- 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;
- 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 e D.Lgs 101/2018 (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 30 giorni.
- 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 .

B. Modalità organizzative: su appuntamento preso tramite richiesta cartacea o invio di email - con disdetta, nel caso di impossibilità, almeno 24 ore prima; per gli studenti i colloqui saranno effettuati in presenza durante l'orario scolastico previo accordo con il coordinatore di classe.

C. Limiti: Per l'accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori.

D. Durata delle attività: a partire dal mese di dicembre 2024 fino al termine del monte ore previsto per l'a.s. 2024-2025.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on-line sul sito del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi al seguente indirizzo: www.psy.it. In particolare la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al/alla ragazzo/a e ai genitori le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27); la psicologa è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11), può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

La dott.ssa Manuela Suriano è assicurata con Allianz S.p.A., Milano - Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani – Polizza n. 505610972

Il Professionista
dott.ssa Manuela Suriano



Manuela Suriano

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

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

la Sig.ra/il Sig. genitore del minorenni.....
nata/o a il ___/___/____
e residente a
in via/piazza n.....
C.F.
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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Manuela Suriano, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del genitore

Il Sig./la Sig.ra genitore del minorenni.....
nato/a a il ___/___/____
e residente a
in via/piazza n.....
C.F.
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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Manuela Suriano, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del genitore

MAGGIORENNI

Il maggiorenne
nata/o a il ___/___/____
e residente a
in via/piazza n.....
C.F.
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Manuela Suriano, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/____
Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero).....
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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Manuela Suriano, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore