



“SCUOLA DI COMUNITA”

POR Campania FSE 2014-2020 Asse II Obiettivo Specifico 6 Azione 9.2.1 Asse II Obiettivo Specifico 11 Azione 9.6.5
Codice progetto 52 - Codice SURF 17068AP000000073 CUP B49F18001590009

PROGETTO “OFFICINA SCUOLA”

Modulo per il supporto psicologico online rivolto ai minori

La sottoscritta _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

affidandosi alla **Dott.ssa Maria Giovanna Castelliti**

E' informato 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.*;
2. la prestazione offerta riguarda CONSULENZA E SUPPORTO PSICOLOGICO
3. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 – *(art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018)*;
4. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: COLLOQUIO

Sono informato 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 Maria Giovanna Castelliti è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:

- a. dati anagrafici, di contatto– informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico (es. numero di carta di credito/debito) e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
- b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i **dati personali**.

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 prioritariamente secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente 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**.

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)

iscritto all'Istituto Scolastico _____ classe ___ sez _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione.

▪ 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

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____