

MODULO DI CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER I SERVIZI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI CONSULENZA SCOLASTICA

La sottoscritta

Dott.ssa Ludovica Beatriz Boratto,

Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 23893

Email: counseling@canadianschool.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso Scuola privata "Canadian School of Milan" fornisce le seguenti informazioni.

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

Le attività dello Sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- Tipologia di intervento e obiettivi principali

La prestazione che è offerta al minore è un intervento di counseling finalizzato alla promozione del benessere psicosociale. Gli obiettivi principali sono quelli di accogliere, accompagnare e supportare gli studenti nel proprio percorso di crescita personale, sociale ed emotiva, promuovere il riconoscimento delle proprie potenzialità, fornire supporto emotivo-affettivo, prevenire e/o affrontare possibili forme di disagio scolastico e personale.

Lo Sportello di Ascolto rappresenta uno spazio qualificante di ascolto, sostegno, consulenza psicologica e sviluppo di una relazione di supporto che si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale.

➤ ***Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani").***

- Modalità organizzative

Le prestazioni saranno rese in presenza presso la medesima struttura e da remoto. Lo Sportello è rivolto agli studenti delle classi grade 6-7-8-9-10-11-12. Il servizio si attiverà su prenotazione dello stesso tramite mail all'indirizzo email: counseling@canadianschool.it

- 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** che esercitano la responsabilità genitoriale del minore o tutori.

- Durata dell'attività

lo Sportello di Ascolto sarà attivo da ottobre 2023 fino alla fine dell'anno scolastico in corso.

La consulente/psicologa nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto psicologico, 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I sottoscritti sono altresì 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.sa Ludovica Beatriz Boratto è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto
 - a) dati anagrafici: informazioni relative al nome 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 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 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 cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal cliente allo psicologo. In caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale e al fine di svolgere l'incarico conferito dagli stessi 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.
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. In ogni momento l'interessato può esercitare i diritti a cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018 (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi a un altro titolare del trattamento).

MINORENNI

In qualità di genitori del/della minore.....

Che frequenta la classe.....

La Sig.ra madre del minore.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità dello Sportello di Ascolto e presa visione delle informative sul trattamento dei dati personali, dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO e AUTORIZZARE il/la minore ad usufruire dei colloqui con la dott.ssa Ludovica Beatriz Boratto presso lo sportello di Ascolto

Luogo e data

Firma leggibile della madre

_____/_____/_____

Il Sig. padre del minore.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità dello Sportello di Ascolto e presa visione delle informative sul trattamento dei dati personali, dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO e AUTORIZZARE il/la minore ad usufruire dei colloqui con la dott.ssa Ludovica Beatriz Boratto presso lo Sportello di Ascolto

Luogo e data

Firma leggibile del padre

_____/_____/_____

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente presa visione delle informative in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello di Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili, 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 Ludovica Beatriz Boratto presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma leggibile

_____/_____/_____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o

a..... il ___/___/___

Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento,
Autorità emanante, data numero)

.....
residente a

in via/piazzan.....

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle
modalità dello Sportello di Ascolto e presa visione delle informative sul trattamento dei dati personali,
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO e AUTORIZZARE il/la minore ad usufruire dei colloqui
con la dott.ssa Ludovica Beatriz Boratto presso lo Sportello di Ascolto

Luogo e data

Firma leggibile del tutore

...../...../.....