

## CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I sottoscritti

COGNOME E NOME (padre) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
Via/piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME (madre) \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
Via/piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### VENGONO INFORMATI

sulle attività e finalità del progetto riguardante la costituzione di un *équipe multidisciplinare* presso l'Istituto Preziosissimo Sangue di Bari sito in Via Scipione l'Africano, 272.

Il suddetto servizio è rivolto ad alunni, genitori, docenti ed è seguito dalla Dott.ssa Chiara Leuci, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in data 16/01/2019 al n. 6084, in collaborazione con altre figure professionali.

La prestazione della Dott.ssa Leuci offerta all'interno del progetto verrà svolta con le seguenti modalità e strumenti:

- attività di osservazione in classe durante le ore curriculari e di normale attività didattica, effettuata su richiesta specifica del Dirigente Scolastico, relativamente a: dinamiche di gruppo e relazionali, situazioni comportamentali, consulenza e supporto ai docenti nella gestione di eventuali problematiche e criticità con lo scopo di sviluppare strategie educative efficaci.
- attività di osservazione e condivisione svolta nelle classi di Scuola Secondaria su varie tematiche: emozioni, affettività, comunicazione, relazione e sviluppo sostenibile.
- percorsi di informazione-formazione rivolti a genitori, insegnanti e alunni.

L'attività svolta all'interno del progetto non è di natura medica o psicoterapeutica ma di osservazione, ascolto e consulenza per cui il consenso allegato alla presente informativa è relativo alla partecipazione al progetto e al trattamento dei dati personali e non si configura come consenso informato per un trattamento medico.

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore \_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ informati degli scopi e delle modalità del servizio interno all'Istituto Preziosissimo Sangue

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

La Dott.ssa Chiara Leuci, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 6084, ad effettuare le osservazioni sulla classe frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza, dando atto del fatto che la prestazione verrà effettuata nel rispetto degli articoli 15-16-17 del Codice Deontologico degli Psicologi, che consentono allo specialista di condividere con la scuola, in forma orale o telematica, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico.

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

La Dott.ssa Chiara Leuci, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 6084, qualora lo ritenesse necessario, a condividere con gli insegnanti e con la Scuola, i contenuti dell'osservazione effettuata e le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Firma del padre

\_\_\_\_\_

Firma della madre

\_\_\_\_\_

***Informativa in materia di trattamento di dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:***

La prestazione consiste in consulenza in ambito psicologico, la cui finalità è il benessere bio-psico-sociale della persona.

Ci si avvarrà dell'osservazione come strumento di conoscenza principale. La psicologa nell'esecuzione dell'incarico è tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Esso prevede anche l'obbligo del segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dei sottoscritti o per ordine dell'Autorità giudiziaria;

I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di consulenza psicologica erogate presso l'Istituto Preziosissimo Sangue di Bari.

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la psicologa di prestare il servizio di osservazione e supporto nella classe.

I dati saranno trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili:

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. In particolare, i dati denominati sensibili (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dall'Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.
2. Il titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico in oggetto è il Gestore dell'Istituto Preziosissimo Sangue, Suor Giuseppina Fragasso: dati anagrafici, di contatto, dati personali, dati relativi allo stato di salute. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione.
3. Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono dati professionali, che saranno trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normative vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta.
4. I dati personali e professionali 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.
5. Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dal Gestore, Suor Giuseppina Fragasso sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
6. I dati personali e professionali 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.
7. 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.
8. I tempi di conservazione seguiranno i termini di legge.
9. 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.
10. Sarà possibile all'interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR (come ad es. accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

## MODULO DI SOTTOSCRIZIONE

I sottoscritti

Cognome e nome del padre \_\_\_\_\_

Cognome e nome della madre \_\_\_\_\_

genitori del minore \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

di aver letto, compreso ed accettato quanto sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Leuci Chiara come sopra descritte.

Inoltre, in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento

FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCONO IL CONSENSO

al trattamento e comunicazione dei dati sensibili di (nome del minore) \_\_\_\_\_ necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Firma del padre

\_\_\_\_\_

Firma della madre

\_\_\_\_\_