



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA
 Fondo sociale europeo
 Fondo europeo di sviluppo regionale

Ministero dell'Istruzione e merito

ISTITUTO COMPRENSIVO MONTECCHIO

Via XXV Aprile, 14 - 42027 Montecchio Emilia (RE) – Tel. 0522-864201 – Fax 0522-861321
 Cod. Mecc. REIC835001 - C. F. 91094350351 CODICE UNIVOCO UFFICIO: UFQLFO

Email: reic835001@istruzione.it **P.E.C.:** reic835001@pec.istruzione.it **Sito web:** www.icmontecchio.edu.it

CONSENSO ALL'ATTIVITÀ DEL PROGETTO "Psicologo a scuola"

IL/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I,

 COGNOME NOME

 DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

 COMUNE DI RESIDENZA INDIRIZZO DI RESIDENZA

 COGNOME NOME

 DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

 COMUNE DI RESIDENZA INDIRIZZO DI RESIDENZA

GENITORE/I - TUTORE/I DELL'ALUNNO/A

 COGNOME NOME

 DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

frequentante la classe _____ della scuola primaria/secondaria dell'IC Montecchio
 plesso _____.

DICHIARANO

di essere informati sui seguenti aspetti relativi alle attività del Progetto "Psicologo a scuola":

1. le prestazioni offerte riguardano attività di consulenza psicologica scolastica e sono svolte dalle Dott.sse Ondolfi Cristina e Pesce Ilenia, Psicoterapeute Infantili, iscritte all'Albo degli Psicologi Dell'Emilia Romagna che operano in questa sede per conto di Creativ Cise soc. coop.
2. i consulenti sono strettamente tenuti ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria per i seguenti motivi in quanto di supporto psicologico
4. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico scolastico – (art.1 della legge n.56/1989);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: OSSERVAZIONE E ATTIVITÀ DI LABORATORIO IN CLASSE, CONDUZIONE DI GRUPPI, COLLOQUIO CON GLI INSEGNANTI E I GENITORI
6. la durata globale dell'intervento è definibile in un numero di incontri/osservazioni variabili, concordato con gli insegnanti durante lo svolgimento del progetto;
7. le dott.sse possono valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatano che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto possono fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
8. L'intervento è GRATUITO
9. I dati raccolti attraverso le osservazioni in classe potrebbero essere condivisi con gli insegnanti se ciò risultasse utile e necessario per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione, diagnosi, sostegno psicologico scolastico.

RILASCIANO PERTANTO IL CONSENSO INFORMATO

affinché la psicologa possa essere presente in classe:

- per effettuare osservazioni,
- per condurre attività di laboratorio,
- per dare indicazioni agli insegnanti sul contesto classe,
- per fornire ai genitori un eventuale restituzione sul progetto.

(luogo e data)

(firma di entrambi i genitori/tutori)

In caso di dichiarazioni rilasciate da uno solo dei genitori:

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate all'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiaro che il/la _____
(madre/padre)

è a conoscenza e d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente dichiarazione.

_____,
(luogo)

_____,
(data)

(firma del genitore/tutore)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto/I sottoscritti sono informati 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. La cooperativa Creativ Cise è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici e di contatto
 - b. dati relativi allo stato di salute

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.

3. 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.
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
5. 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.
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 tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
 - a. dati anagrafici, di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili e successivamente per un tempo di **10 anni**;
 - b. dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di **5 anni** (art.17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).
8. La **copertura assicurativa** è garantita da Creativ Cise, attraverso Polizza Assicurativa di Responsabilità Civile verso Terzi stipulata presso Compagnia italiana Assicurazioni.
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, e in particolare:
 - a. dati anagrafici, di contatto: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.

10. 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) 06.69677

PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore:

_____ nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____

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/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

_____, _____
(luogo)

(data)

(firma di entrambi i genitori/tutori)

In caso di dichiarazioni rilasciate da uno solo dei genitori:

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate all'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiaro che il/la _____
(madre/padre)

è a conoscenza e d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente dichiarazione.

_____, _____
(luogo)

(data)

(firma del genitore/tutore)