

CONSENSO INFORMATO PER LA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA - STUDENTE MAGGIORENNE DI ANNI 18

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Cell.	
E-mail	
Frequentante la classe	
Documento e N° Rilasciato da:	

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
 _____ frequentante la classe sez. _____
 sede di _____ è informato/a sui seguenti punti in merito al colloquio con la
Dott.ssa

- la prestazione offerta riguarda SPORTELLO D'ASCOLTO SCOLASTICO;
- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in colloqui psicologici finalizzati alla comprensione del sintomo, alla sua conoscenza e quindi a produrre una valutazione psicologica ;
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno dei colloqui clinici e dei test psicodiagnostici;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso le sedi dell'IISS "Francesco Redi" di Paternò, Belpasso e Biancavilla secondo il calendario previsto;
- la durata dell'intervento è di circa venti/trenta minuti con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;
- in qualsiasi momento l'alunno maggiorenne potrà richiedere l'interruzione del rapporto professionale

In tal caso, si impegna a comunicare al professionista tale volontà e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;

- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge;
- il consenso informato è sempre richiesto dall'alunno maggiorenne ed è reperibile on line al seguente indirizzo:
<https://www.psy.it/la-professione-psicologica/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani/>;
- il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
- cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

Il/la sottoscritto/a è altresì informato/a sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il/la sottoscritto/a, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta il consenso informato sanitario al trattamento psicologico nei confronti di se stesso/a.

Luogo e data_____

Firma_____

Informativa ex art. 13 D.Lgs.196/2003 in materia di trattamento di dati personali e sensibili

Egregio alunno/a, desideriamo informarti che il D.Lgs. n. 196 del 30/6/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del minore interessato. In particolare, i dati denominati sensibili (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo previo consenso scritto, secondo quanto previsto dall'Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

Finalità del trattamento

Ti informiamo che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti nel Tuo interesse e nella Tua tutela. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso l'ISS "F. Redi" di Paternò, Belpasso e Biancavilla.

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per il **Dott. Leotta Alessio** di prestare il servizio di Sportello Scolastico. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicologica breve (un massimo di tre colloqui).

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dal **Dott. Leotta Alessio** sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale. 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. 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.

Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso

I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti:

- a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto. Responsabile del trattamento è il Dirigente Scolastico Dott.ssa Giuseppa Morsellino.

Diritti dell'interessato

I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:

- a. dati anagrafici, di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di 10 anni;
- b. dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici e di pagamento.

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 e di pagamento: 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 un consenso scritto a terzi (art. 12 C.D.). 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; in caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervistazioni e/o riunioni di equipe), saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni

strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art.15 C.D.).

Ti ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrai esercitare i diritti di cui all'art. 7 e 24 del D.lgs. 196/03 in merito alla cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati personali registrati.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, Il/la sottoscritto/a, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della prestazione psicologica,

- 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, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003,

- FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo, data _____

Firma _____

Firma del Professionista