



**IIS FRANCESCO
REDI**
PATERNO
BEPASSO
BIANCAVILLA



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE (C.I.R. HHC001)

Sede Centrale: I.P.A.A. "Santo Asero" Via Lucania, 1 - 95047 - PATERNO' - Tel.0956136670-Fax0956136669 - CTRA016013

Sede ass.: I.T.I.S. "Galileo Ferraris" - Via L. Sciascia, 3 - Belpasso - Tel. 0956136678-Fax 0956136677 - Cod. Mecc. CTTF01601G (C.I.R.HHC00_02)

Sede ass.: Liceo Scientifico "A. Russo Giusti", Via Salvo D'Acquisto, 21 - Belpasso - Tel. 0956136678-Fax0956136677 - Cod. Mecc. CTPS01601D (C.I.R. HHC00_04)

Sede ass.: I.P.S.I.A. "Efesto", Viale dei Fiori, 200 - BIANCAVILLA - Tel.0956136681- Fax0955872302 - Cod. Mecc. CTRI01601P (C.I.R. HHC00_03)

C.Fisc.: 93002880875 - Cod. Mecc. Generale: CTIS016003 - Email: ctis016003@istruzione.gov.it - ctis016003@pec.istruzione.it

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

Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore

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

Esercente responsabilità genitoriale (madre) oppure tutore

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

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ sono informati sui seguenti punti in merito al colloquio del/della figlio/a _____ C.F. _____ frequentante la classe _____ sez. _____ sede di _____ 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'ISS "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 i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili 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 ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D. 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.

Gli esercenti la responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati 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 Sig. _____ e la Sig.ra _____ o il tutore Sig./Sig.ra _____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta/prestano il consenso informato sanitario al trattamento psicologico nei confronti di _____

Luogo e data _____

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

Firma tutore

Sig./Sig.ra _____

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

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa 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 (anche i minori) 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 con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dall’Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

Finalità del trattamento

La informiamo che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell’interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso l’IISS “Francesco Redi” di Paternò, Belpasso e Biancavilla nei confronti di minori che frequentano la stessa.

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 al minore. Si precisa che l’accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicologica breve (un massimo di due/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.).

Le ricordiamo che in qualunque momento potrà 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, i sottoscritti

Cognome e nome del padre _____ Cognome e nome della
madre _____ genitori del minore _____
_____ classe _____ sez. _____ sede di _____

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, 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/FORNISCONO 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/FORNISCONO IL CONSENSO

al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate

nell'informativa. Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma del Professionista