

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dottor MAURO BREMBILLA, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, n. 18283,

MAIL: sportello.carozzi@icbattistiseriate.edu.it

PEC: mauro.brembilla.psy@psypec.it,

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello Psicopedagogico istituito presso l'Istituto Scolastico IC CESARE BATTISTI DI SERIATE (BG) fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la Scuola Secondaria di primo grado Mons. Carozzi, via Lombardia Seriate (BG)
- Qualora si renda necessario verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza. In particolare, verrà utilizzata la piattaforma Google Meet, con le seguenti modalità: accesso tramite account dell'istituto, divieto di registrazione.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: consulenze e supervisioni agli insegnanti, osservazioni del gruppo classe, prevenzione dello stress da lavoro correlato, conduzione di colloqui con gli alunni, con gli insegnanti, il personale scolastico e con i genitori che lo richiedono. *Interventi a sostegno del benessere del gruppo classe e dei singoli alunni, in particolare sul tema dell'affettività.*
 - b) Modalità organizzative: per concordare un appuntamento scrivere a mail istituzionale
 - c) Scopi: favorire il benessere degli alunni e dell'intero sistema scolastico, promuovendo azioni di prevenzione del disagio e ascolto dei bisogni.
 - d) Limiti: i colloqui con gli alunni sono preceduti obbligatoriamente dal contatto dei genitori con lo psicologo via mail (invio consenso firmato di entrambi i genitori).

L'intervento non si configura come una consulenza diagnostica e/o terapeutica, ma di supporto e orientamento.

e) Durata delle attività: da Novembre 2022 a Giugno 2023 secondo il calendario concordato la Direzione. Si riceve su appuntamento via mail: sportello.carozzi@icbattistiseriate.edu.it

- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.opl.com
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

INFORMATIVA sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.LGS 196/2003 (Codice privacy), e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), e ss.mm.ii. di cui ex D.LGS 101/2018, per il trattamento dei dati personali degli ALUNNI E DELLE FAMIGLIE. La dott.ssa Elisa Tomasoni è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti nello svolgimento dell'incarico per lo Sportello di Ascolto Psicologico, presso l' I.C."C. Battisti" (BG) Intende informare l'interessato in merito all'utilizzo: le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono dati professionali, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta. Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione; nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. Ai fini dell'erogazione della prestazione concordata il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti. 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. Esaurite le finalità per i quali sono stati raccolti, i dati personali verranno anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati, distrutti in modo sicuro.

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

Il professionista

Dottor Mauro Brembilla

MODULI PER COLLOQUI INDIVIDUALI. IL MODULO VA CONSEGNATO ALLA PROFESSIONISTA (INSEGNANTI/GENITORI/ PERSONALE SCOLASTICO) O INVIATO PER MAIL DAI GENITORI (PER GLI ALUNNI).

MAGGIORENNI

L'insegnante/ Il genitore/Personale scolastico _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa MAURO BREMBILLA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ___/___/___
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dottor MAURO BREMBILLA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ___/___/___
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dottor MAURO BREMBILLA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ___/___/___
Tutore del minore _____ in ragione di _____
_____ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dottor MAURO BREMBILLA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____