

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO (MINORI)

Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Cell.	
E-mail	

Esercente responsabilità genitoriale (madre)

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Cell.	
E-mail	

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ sono informati sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario nei confronti del/della figlio/a _____ C.F. _____ da parte della Dott.ssa Condino Federica, Psicologa, iscrizione Albo professionale degli Psicologi della Calabria n. 2332:

-la prestazione offerta ai fruitori dello sportello d'ascolto è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo e affettivo e all'orientamento nei rapporti personali e relazionali oltre a costituire un momento qualificante di ascolto.

Ha, inoltre, l'obiettivo di fornire supporto psicologico ad alunni/studenti/genitori/personale della scuola per rispondere a disagi derivanti dall'emergenza da COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico avvalendosi del colloquio personale, anche in modalità on-line, come strumento di conoscenza principale e, ove si ritiene necessario, attività psicoeducative di gruppo;

- il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;

- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di circa trenta/quaranta minuti, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico, ove, invece, si reputa necessario intervenire sull'intero gruppo classe, saranno predisposte attività psicoeducative della durata di un'ora a cadenza settimanale;

- al corpo docenti verrà richiesta la disponibilità per la compilazione di questionari, fruibili online attraverso Google Drive e assolutamente anonimi, per una migliore comprensione delle dinamiche comportamentali presenti all'interno della classe;

-per accedere allo sportello è necessario inviare una mail al seguente indirizzo: sportellodascolto.fc@gmail.com allegando il consenso informato firmato da entrambi e genitori.

-il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al 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;

Le prestazioni potranno essere erogate a distanza e in tal caso: - la prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso gli strumenti Zoom o Google Meet o Microsoft Teams;

- il professionista sanitario si impegna a fornire la strumentazione adeguata e affidabile e di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore;

- durante la prestazione a distanza, il professionista si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non sono presenti soggetti terzi e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni della prestazione. Medesimo impegno per conto della persona minorenni da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Il professionista e chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela si impegnano a garantire il miglior segnale telefonico/migliore connessione internet; - il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.

Gli esercenti della 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

Firma tutore

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

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 .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.

1.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’ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “G. FALCONE –P. BORSELLINO” – Caulonia nei confronti di minori che frequentano la stessa e/o in modalità da remoto.

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L’eventuale mancato conferimento comporta l’impossibilità per la Dott.ssa Condino Federica 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 (mediamente basato su tre colloqui).

2.Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l’ausilio d strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l’adempimento delle sopra descritte finalità.

Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dalla Dott.ssa Condino Federica sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

3.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 la dott.ssa Condino Federica

4. Diritti dell’interessato

Le ricordiamo, infine, 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.

I sottoscritti (Cognome e nome del padre) _____ (Cognome e nome della madre) _____ genitori del minore _____ classe _____

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003:

- ACCONSENTONO
- NON ACCONSENTONO

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

Data _____

firma del padre _____

firma della madre _____