

**Modulo di Autorizzazione al Servizio di Sportello Psicologico** (da consegnare al docente coordinatore di classe/sezione)

**CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE PER INTERVENTI CON MINORI**

In riferimento alle attività del servizio psicologico che si svolgeranno nell'Istituto Comprensivo Darsena e affidato alla Dott.ssa Valentina Bergamini, psicologa psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia Relazionale, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana con il n°3862, si precisa:

- la psicologa è strettamente tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi italiani;
- la prestazione offerta riguarda consulenza psicologica ed è finalizzata ad attività di sostegno in ambito psicologico (art.1 della legge n.56/1989) che può riguardare il benessere psicologico, il sostegno della crescita e maturazione personale, il sostegno emotivo — affettivo nelle sue relazioni interpersonali, l'orientamento nelle tematiche relative all'educazione alla salute, la prevenzione di comportamenti a rischio;
- per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio clinico;
- il numero degli incontri con l'alunno minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 4 (salvo eccezioni particolari);
- la psicologa è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

I sottoscritti, COGNOME E NOME PADRE \_\_\_\_\_ e COGNOME E NOME MADRE \_\_\_\_\_ in qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore \_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_ sez \_\_\_\_ Infanzia/ Primaria/ Secondaria di I grado/ dell'Istituto Comprensivo Statale Viareggio. Darsena di

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

(Barrare la casella che interessa)

il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso

lo desideri. Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBE i genitori.

Data, \_\_\_\_\_

firma del padre \_\_\_\_\_

firma della madre \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Artt. 13 e14 REG. UE 2016/679)**

La Dott.ssa Valentina Bergamini in qualità di titolare del trattamento dei dati personali del minore, presterà particolare attenzione alla tutela della riservatezza del minore. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e 14 REG. UE 2016/679.

I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da forniti dal minore o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrà a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei diritti del minore, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla riservatezza del minore, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Si informa 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 la Scuola 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 la Dott.ssa Valentina Bergamini 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 quattro colloqui).

Il trattamento dei dati del minore potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei, in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico.

I dati raccolti negli appunti saranno conservati con modalità protetta per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati riferibili al minore, sempre per scopi professionali.

Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di (counseling) consulenza psicologica, finalizzata al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico tramite strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e di sostegno in ambito psicologico.

Preso atto dell'informativa e compreso il contenuto della stessa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.

I sottoscritti, COGNOME E NOME PADRE \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME MADRE \_\_\_\_\_ genitori del minore

che frequenta la classe.....sez.....

Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado dell'Istituto Comprensivo Statale Darsena di Viareggio, avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato per il 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.

o ACCONSENTONO

o NON ACCONSENTONO al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore)  
necessari

per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBE i genitori.

Data,

FIRMA PADRE

FIRMA MADRE

