**INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Artt. 13 e 14 REG. UE 2016/679)**

La Dott.ssa Francesca Dendi 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 Francesca Dendi 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.

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.

□ ACCONSENTONO □ 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 ENTRAMBI i genitori.

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

FIRMA PADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA MADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_