

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Middle School/Scuola secondaria di primo grado

Il sottoscritto dott. Alessandro La Neve, psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Friuli-Venezia Giulia n. 2309 (contatti: tel. 329-8261794/est.laneve@gmail.com; alessandro.laneve@pspec.it), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico *European School of Trieste* fornisce le seguenti informazioni:

- la consulenza psicologica si svolgerà in presenza presso la *European School of Trieste*, solo in casi particolari potranno essere valutate insieme alla famiglia possibili deroghe; in tal caso le prestazioni potranno essere rese anche attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Google Meet con collegamento da spazi riservati e che tutelano la privacy del bambino/adolescente e famiglia (*gli incontri di consulenza NON saranno registrati; considerando che per una consulenza psicologica maggiormente efficace è preferibile l'incontro in presenza*). Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello Sportello di ascolto saranno organizzate come segue:
 - a) tipologia d'intervento: l'intervento viene attuato tramite consulenza psicologica individuale in rapporto uno a uno (studente e psicologo); la consulenza psicologica può essere indirizzata anche ai genitori. Un ulteriore intervento è costituito dall'osservazione strutturata nel contesto scolastico (in classe, nella sala pranzo, durante la ricreazione, ecc.);

- b) l'attivazione del servizio si instaura su richiesta dello studente e/o della famiglia: nel caso lo richieda lo studente a voce/via e-mail si chiederà conferma alla famiglia;
 - c) scopo: la consulenza psicologica si focalizza sul problema evidenziato dallo studente, dalla famiglia o dalla scuola. L'obiettivo è l'analisi qualitativa e quantitativa del benessere psicologico dello studente, con il fine di individuare se la condizione di chi necessita di attenzione sia tipica o atipica ed indirizzare la famiglia di conseguenza;
 - d) limiti: non si configura come un percorso di cura o riabilitazione, non è una psicoterapia;
 - e) durata delle attività: la consulenza psicologica/sportello psicologico è limitata ad un massimo di cinque incontri per alunno per anno scolastico;
 - f) I luoghi di incontro saranno stanze riservate che tutelano la privacy dell'utente e della famiglia;
- 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 <https://www.ordinepsicologifvg.it/>;
 - 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. I documenti sono tenuti sottochiave (archivi fisici) e in computer/devices accessibili solamente tramite pin/password. In ultima pagina il dettaglio.

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

Dott. Alessandro La Neve (firma).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA
COMPILARE ESCLUSIVAMENTE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORONNI

La studentessa/ Lo studente/ Il genitore _____ 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 dott. Alessandro La Neve presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

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 dott. Alessandro La Neve presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

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/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/ll 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 dott. Alessandro La Neve presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del tutore

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI(ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)

Il responsabile del trattamento è la *European School of Trieste* con sede legale in Trieste, via Ovidio n. 4/9, partita IVA e codice fiscale 01073280321, nella persona del presidente della Cooperativa sociale “Scuola del Castelletto” a r.l., dott. Andrea Piccozzi.

Il dott. Alessandro La Neve in qualità di titolare del trattamento dei suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni:

i dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti 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 suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ha ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2016/679.

Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei e, in ogni caso, idonei a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. In particolare, lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico.

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

Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale, 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. Ogni singola tipologia di intervento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza.

Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.

Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge; in tutti gli altri casi, ogni comunicazione su dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione potrà avvenire solo previa esplicita richiesta o consenso.

In caso di colloqui di coppia ovvero di gruppo, alcune informazioni su situazioni, stati, circostanze, giudizi, aspetti della personalità conosciuti o emersi nel corso dei colloqui, potranno essere parzialmente comunicati al partner o ai componenti del gruppo, esclusivamente per finalità di espletamento dell'incarico ricevuto.

I dati personali non saranno trasferiti all'estero, ma potranno essere salvati su server ubicati in paesi dell'unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell'unione europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea.

In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa esplicita richiesta. L'interessato ha diritto:

- all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati;
- ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento;
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca;
- proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo: alessandro.laneve@psyppec.it