

**ISTITUTO OMNICOMPENSIVO "VALBOITE"****CONSENSO INFORMATO PER
PROGETTO DI SPORTELLO PSICOLOGICO**

Io sottoscritto/a _____ **genitore** di
_____ della classe _____ Istituto

In riferimento al servizio offerto alla scuola dalla dottoressa **Caterina Chiarolla**, dichiaro di essere informato/a sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un **counseling psicologico** finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico e i test psico-diagnostici;
- sarà garantito il rispetto del codice deontologico degli psicologi italiani;
- i dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR 2016/679 (ivi compresi i dati sensibili);
- il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione (dei dati stessi);
- il trattamento dei dati avrà come scopo l'espletamento delle finalità terapeutiche o comunque strettamente legate alle finalità della relazione terapeutica;
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo con modalità automatizzate ed informatizzate, oltre che manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante;
- ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ho il diritto di oppormi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge;
- il consenso è da ritenersi valido fino al completamento del ciclo di studi, salvo diversa indicazione ai docenti referenti del progetto.

I sottoscritti nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato:

- avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità della stessa, autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere al supporto Psicologico;
- avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

Per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del Codice Deontologico degli Psicologi.