

## Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

**CONSENSO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO dell' ISTITUTO OMNICOMPRESIVO D. ALIGHIERI NOCERA UMBRA  
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)**

**da inviare**  
**alla psicologa [Dr: Carla Ascani](#)**  
**[Allegare documenti di riconoscimento.](#)**  
***(Compilare solo la parte interessata)***

**Genitori che esercitano la responsabilità genitoriale**

- Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
genitore del minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il proprio figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Carla Ascani  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

- Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
genitore del minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il proprio figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Carla Ascani.  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

**N.B. Il presente modulo deve obbligatoriamente essere firmato da entrambi i genitori che esercitano la responsabilità genitoriale.**

**Unico genitore che esercita la responsabilità genitoriale**

- Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Unico genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore**  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ ragione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero oppure la data del decesso dell'altro genitore)  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

## Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il proprio figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Carla Ascani  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

### Tutore

- Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Tutore** del minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
in ragione di \_\_\_\_\_  
(*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il proprio figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Carla Ascani  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_

Il/I sottoscritto/i affidandosi alla dott.ssa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Umbria n 821 incaricata del progetto **“supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie”** attivo nella scuola istituto Omnicomprensivo D. Alighieri per l'a.s. 2023-2024,

è/sono informato/i sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. la psicologa è strettamente tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- *di seguito C.D.*, nello specifico 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 C.D.
2. la prestazione offerta potrà riguardare: consulenza psicologica, colloqui psicologici, supporto psicologico, incontri di gruppo o di classe condivisi con gli insegnanti con finalità psico-educative e di promozione del benessere psicologico, ecc...
1. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (*art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018*);
2. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico clinico, questionari e interviste sul benessere psicologico degli alunni, sui bisogni e sulle difficoltà che possono riscontrare nell'esperienza scolastica ecc...
3. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione
4. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Carla Ascani la volontà di interruzione;
5. la dott.ssa Carla Ascani può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata 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 (art.27 del C.D.);
1. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

## Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:**

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. La dott.ssa Carla Ascani è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
  - a. **dati anagrafici, di contatto e di pagamento** – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico (es. numero di carta di credito/debito) e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
  - b. **dati relativi allo stato di salute:** i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale ( o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i **dati personali**.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal C.D.;

1. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.
2. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
3. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
4. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.
5. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
  - a. **dati anagrafici, di contatto e di pagamento:** verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di **10 anni**;
  - b. **dati relativi allo stato di salute:** verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di **5 anni** (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici e di pagamento.
1. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:
  - a. **dati anagrafici, di contatto:** potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
  - b. **dati relativi allo stato di salute:** verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di un consenso scritto a terzi (art. 12 C.D.). Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche; in caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervistazioni e/o riunioni di equipe), saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art.15 C.D.).

1. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018**(diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano

## Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

trasmessi a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

2. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 PEO: [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it) - PEC: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it) .

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato,

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

\_\_\_\_\_ ,  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ (indicare i dati del minore)

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al 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.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_

Firma madre \_\_\_\_\_