

**CONSENSO INFORMATO DA COMPILARE DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO
E DEI GENITORI CHE INTENDONO FRUIRE DEL SERVIZIO -ICVILLASIMIUS**

**Progetto "Nessuno escluso" nell'ambito dell'Avviso "Progressi" - Linea
Aiutiamoci -Seconda annualità – A.S. 2024-2025**

CUP: I73C24000640002 – CLP: 1102012149AI240036

Il/La sottoscritto/a _____, nata/o a _____, il _____,
residente a _____, in via _____, prov. _____,
e-mail _____, cell. _____,

avvalendosi della Dott.ssa Rosella Floris, incaricata quale Psicologa nel progetto "Aiutiamoci" A.S. 2024/2025 presso l'Istituto Comprensivo "Villasimius", Villasimius - Castiadas viene informato/a sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. Lo Psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine <https://psicosardegna.it/> (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 riguarda consulenza e supporto psicologico individuale o di gruppo.
3. La prestazione è finalizzata ad attività di promozione e di 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. 56/1989 di prevenzione e sostegno in ambito psicologico (art.31 lett. C. del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018).*
4. Per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico e attività psicoeducative in gruppo.
5. Le prestazioni saranno rese in presenza, previo appuntamento via mail all'indirizzo floris.rosella@hotmail.it e invio della modulistica di autorizzazione richiesta.
6. Utente e Professionista sono tenuti al rispetto reciproco non disattendendo eventuali appuntamenti fissati, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra mediante mail all'indirizzo floris.rosella@hotmail.it in tempi congrui.

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

- 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.
- La Dott.ssa Rosella Floris è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a) dati anagrafici, di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, 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, 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.

- Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato dell'utente e al fine di svolgere l'incarico conferito dall'utente allo Psicologo.
- I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
- 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.
- 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**.
- I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.
- Dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, il/la sottoscritt_ esprime il proprio libero consenso, alla prestazione e autorizza il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE **2016/679** e **D.Lgs. 101/2018**.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data

Firma
