

CONSENSO INFORMATO
al colloquio individuale degli alunni della scuola secondaria di primo grado e
dei maggiorenni previsti dal progetto

Il sottoscritto _____
(barrare l'opzione di riferimento)

- genitore/tutore di _____
frequentante la classe _____ plesso _____
- personale scolastico presso l'Istituto Comprensivo

preso atto delle seguenti informative:

1) INFORMATIVA SPECIFICA

1. Gli Psicologi e le Psicologhe sono tenuti all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dell'utente e, in caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale.
 2. Le prestazioni offerte in ambito scolastico riguardano le attività di consulenza psicologica ed educativa individuale o di gruppo, il sostegno psicologico, le attività psico -educative col gruppo classe.
 3. Le prestazioni offerte sono finalizzate alla prevenzione del disagio giovanile, alla promozione del benessere personale, familiare e scolastico e si rivolgono a tutta la comunità scolastica, compresi i genitori. Nel caso di **colloqui individuali con il minore** della Scuola Secondaria di Primo Grado, che accede al Centro di Ascolto volontariamente e previa autorizzazione dei genitori/tutori, la prestazione psicologica è finalizzata ad analizzare, insieme al minore, la domanda di aiuto per poi concordare, eventualmente, un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse. Il colloquio individuale si svolgerà in ambiente riservato e protetto nella struttura scolastica.
 4. Nel caso di **interventi nelle classi**, la prestazione avrà carattere psico-educativo e sarà rivolta a tutto il gruppo classe in presenza dell'insegnante curricolare.
 5. Verranno utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento particolarmente utili ai fini della prevenzione del disagio giovanile, della promozione del benessere, della gestione dello stress, del sostegno psicologico e del sostegno alle funzioni educative, sia genitoriali che dei docenti. Nello specifico si darà spazio a colloqui di consulenza e di sostegno psicologico ed educativo, ad attività di formazione in presenza o in videoconferenza rivolte a tutta la comunità scolastica, compresi genitori ed insegnanti.
- 5) In riferimento al colloquio individuale svolto con il minore della Scuola secondaria di primo grado, autorizzato dal genitore/tutore, si precisa che in qualsiasi momento i

Open Group

Cooperativa sociale

partita iva 02410141200-CCIAA Bologna REA 437561
cf e n. iscrizione registro imprese Bologna 02410141200
Iscrizione Albo società cooperative A108662
Codice destinatario: SUBM70N

Sede legale

via Milazzo, 30
40121 Bologna
tel. +39 051841206
segreteria@opengroup.eu

genitori/tutori del minore potranno decidere di interrompere i colloqui con la psicologa. Nel caso di interventi nel gruppo classe, la prestazione sarà oggetto di valutazione con i docenti e variabile in funzione delle caratteristiche del contesto, delle problematiche emerse e degli obiettivi formulati.

6. Le prestazioni, compresi i **colloqui con docenti, genitori/tutori**, saranno rese in presenza oppure a distanza in base alle necessità e ai cambiamenti che potrebbero emergere nel mondo scolastico, come accaduto nel periodo del lockdown in tempo di pandemia. Nel caso dei **colloqui on line, con** adulti, docenti o genitori/tutori, durante il collegamento con strumenti telematici come il cellulare o il pc, deve essere garantito che non siano presenti terze persone e che il colloquio non sia in alcun modo registrato.

2) INFORMATIVA ALL'INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (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. Open Group è titolare del trattamento dei dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico quali dati anagrafici e di contatto (informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo e-mail e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile); dati relativi allo stato di salute fisica o mentale e qualsiasi altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art.2-septies del D.Lgs. 101/2018, raccolti direttamente o tramite ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito alla psicologa. Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dalla psicologa costituiscono l'insieme dei dati professionali trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico.

Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato dell'utente e, in caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale e al fine di svolgere l'incarico conferito dagli stessi a Open Group. 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,

Open Group

Cooperativa sociale

partita iva 02410141200-CCIAA Bologna REA 437561
cf e n. iscrizione registro imprese Bologna 02410141200
Iscrizione Albo società cooperative A108662
Codice destinatario: SUBM70N

Sede legale

via Milazzo, 30
40121 Bologna
tel. +39 051841206
segreteria@opengroup.eu

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. I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie solo sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso (art. 12 CD) e in ogni caso esclusivamente ai fini delle attività di prevenzione e di sostegno psicologico e educativo connesse allo svolgimento dell'incarico conferito. In caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art. 15 CD). Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. In ogni momento l'interessato può 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 di cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento)

DICHIARA

PER LE SOTTOSCRIZIONI COMPILARE SOLO LA/E/I DI PROPRIO INTERESSE

MAGGIORENNI

Il sottoscritto _____, ruolo nel contesto (genitore1/tutore/insegnante/altro...) _____ dichiara di aver compreso quanto sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto e/o in modalità a distanza.

Luogo e data _____

Firma _____

La sottoscritta _____, ruolo nel contesto (genitore2/tutore/insegnante/altro...) _____ dichiara di aver compreso quanto sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto e/o in modalità a distanza.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

Il Sig./La Sig.ra _____ genitore-i/tutore del minore _____ frequentante la classe _____ del plesso _____ dichiara/no di aver compreso quanto sopra riportato e decide/ono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la proprio/a figlio/a/minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____

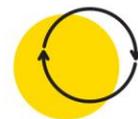
Open Group

Cooperativa sociale

partita iva 02410141200-CCIAA Bologna REA 437561
cf e n. iscrizione registro imprese Bologna 02410141200
Iscrizione Albo società cooperative A108662
Codice destinatario: SUBM70N

Sede legale

via Milazzo, 30
40121 Bologna
tel. +39 051841206
segreteria@opengroup.eu



_____ presso lo Sportello di ascolto e/o in modalità a distanza.

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara/no di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di **entrambi** i genitori.

NB in caso di firma di un solo genitore, il firmatario dichiara che l'altro genitore è stato informato ed è consenziente, con esonero di Open Group da ogni e qualsiasi responsabilità a riguardo

Luogo e data _____

Firma del/i genitore/i tutore Genitore 1 _____

Genitore 2 _____

Tutore _____

Open Group

Cooperativa sociale

partita iva 02410141200-CCIAA Bologna REA 437561
cf e n. iscrizione registro imprese Bologna 02410141200
Iscrizione Albo società cooperative A108662
Codice destinatario: SUBM70N

Sede legale

via Milazzo, 30
40121 Bologna
tel. +39 051841206
segreteria@opengroup.eu