

Alla Psicologa Dott.ssa Maietta Filomena
email: filomena.maietta@istitutocomprensivodd2bosco.edu.it

**MODULO DI RICHIESTA COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA
PERSONALE SCOLASTICO (DOCENTI E ATA) e GENITORI**

Il/La sottoscritto/a nato/a a
..... il residente in
Via in qualità di (docente,
ATA, genitore) dell'Istituto Comprensivo "DD2-BOSCO" di Marcianise,

CHIEDE

di poter fruire di Sua prestazione professionale di sostegno psicologico.

Al fine di concordare con la S.V. tempi e modalità di colloquio, il/la sottoscritto/a comunica i seguenti propri dati:

recapito telefonico

Indirizzo e-mail

Si allega alla presente:

- Copia del Documento di identità in corso di validità del/della sottoscritto/a

NOTA BENE: lo scrivente dovrà necessariamente compilare in ogni sua parte il MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO che segue.

I suddetti documenti ovvero il "Modulo di richiesta colloquio consulenza psicologica" contenente anche il Modulo di consenso informato per prestazioni di sostegno psicologico e la copia fronte/retro del documento di identità, opportunamente scannerizzati, andranno indirizzati ed inoltrati alla Psicologa dottoressa Maietta Filomena all'indirizzo di posta elettronica: filomena.maietta@istitutocomprensivodd2bosco.edu.it

Successivamente all'inoltro di detta documentazione, secondo le modalità sopra specificate, gli interessati riceveranno da parte della dott.ssa Maietta Filomena una mail di risposta presso l'indirizzo email dagli stessi indicato (account Gsuite) nel "Modulo di richiesta colloquio consulenza psicologica"; **detta mail di risposta conterrà indicazione del giorno e dell'ora fissati dalla dottoressa per il colloquio nonché il link meet per accedere al colloquio medesimo.**

Per completezza di informazione, al fine di ricevere eventuali ulteriori indicazioni e/o chiarimenti in merito al servizio in questione, di seguito si comunica il numero di **telefono cellulare della Psicologa dott.ssa Maietta Filomena: 3337084931.**

Luogo e data

Firma del/della richiedente

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO

La sottoscritta Psicologa dott.ssa MAIETTA FILOMENA, nata a Caserta il 22/10/1983, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.5633, recapito telefonico 3337084931, e-mail filomena.maietta@istitutocomprensivodd2bosco.edu.it

prima di rendere le proprie prestazioni professionali fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni professionali di sostegno psicologico e orientamento saranno rese attraverso la forma del colloquio individuale in modalità telematica attraverso l'utilizzo dell'applicativo Google Meet della piattaforma GSuite For Education, oppure in presenza, a seconda degli sviluppi dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. La durata di ogni colloquio si sostanzia in circa 45 minuti; il numero dei colloqui per ciascun utente, non essendo quantificabile a priori, sarà commisurato alle esigenze dell'utente stesso. La sottoscritta, nello svolgimento della propria attività, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine degli Psicologi al seguente indirizzo www.psicamp.it. I dati personali e sensibili del richiedente la/le prestazione/i di sostegno psicologico e orientamento, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente ai sensi dell'articolo 13 D.Lgs 196/2003 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Informativa sul trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'articolo 13 D.Lgs 196/2003 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

La sottoscritta Psicologa dott.ssa MAIETTA FILOMENA, responsabile esterna trattamento dati (ex art. 28 GDPR 2016/679) dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'attività di sostegno psicologico e orientamento, intende informare l'interessato/a in merito all'utilizzo dei dati resi dall'interessato/a medesimo/a:

- a) dati anagrafici:** informazioni relative al nome, cognome, numero di telefono, residenza, e-mail, ecc.
- b) dati sensibili:** eventuali dati sensibili sono raccolti direttamente in relazione al servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione della prestazione

I dati personali e sensibili possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato/a e per le finalità specifiche per le quali sono raccolti.

In particolare, i dati verranno trattati per le seguenti finalità:

- a)** per gestire i rapporti con l'utente funzionali all'erogazione della prestazione professionale richiesta;
- b)** per eventuali contatti con l'utente legati alla erogazione della prestazione professionale richiesta (contatti telefonici, contatti e-mail);
- c)** per ogni finalità che si renda necessaria per la prestazione concordata tra l'utente e il professionista.

Le riflessioni/valutazioni professionali della sottoscritta psicologa costituiscono **dati professionali**, che saranno trattati secondo i principi del GDPR 2016/679 e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta.

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici, comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che ne evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Ai fini dell'erogazione della prestazione concordata con l'utente il conferimento dei dati è obbligatorio poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta.

I dati personali verranno **conservati per il tempo strettamente necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.

Esaurite le finalità per le quali sono stati raccolti, i dati personali verranno **anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati/distrutti in modo sicuro**. I tempi di conservazione, in relazione alle finalità sopra elencate, sono i seguenti: i dati anagrafici, di contatto e quelli sensibili saranno conservati per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico di sostegno psicologico e orientamento e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso. I dati personali saranno trattati dalla sottoscritta Responsabile esterna del trattamento dati attraverso l'adozione di misure tecnico-organizzative idonee a soddisfare il rispetto della normativa sulla privacy. In qualsiasi momento l'interessato/a potrà opporsi al trattamento dei dati che lo/la riguardano o revocare il consenso al trattamento degli stessi, senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Si invita a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La Psicologa dott.ssa

MODULO CONSENSO INFORMATO SOSTEGNO PSICOLOGICO

PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO A CURA DELL'UTENTE COMPILARE IL RIQUADRO APPROPRIATO

PERSONALE SCOLASTICO (DOCENTI E ATA), GENITORI

Il/La sottoscritto/a nato/a a il residente in Via in qualità di (docente, ATA, genitore) dell'Istituto Comprensivo "DD2-BOSCO" di Marcianise dichiara di avere compreso quanto illustrato dalla professionista, così come sopra riportato, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla medesima, dott.ssa Psicologa Maietta Filomena, così come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, il/la sottoscritto/a

- FORNISCE IL CONSENSO**
 NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data _____

Firma _____

STUDENTI

Il sottoscritto (nome e cognome), nato a il, residente in via.....

in qualità di **Padre/Tutore legale/Affidatario**

e

La sottoscritta (nome e cognome), nata a il, residente in via.....

in qualità di **Madre/Tutore legale/Affidataria**

dell'alunno/a (nome e cognome), nato/a a il residente in via.....

iscritto/a per l'a.s.2020/2021 alla classe.....sez..... dell'I.C. DD2-BOSCO di Marcianise,

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dalla professionista così come sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di avvalersi, a favore del/della proprio figlio/a, delle prestazioni professionali rese dalla medesima, dott.ssa Maietta Filomena, così come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, i sottoscritti

- FORNISCONO IL CONSENSO**
 NON FORNISCONO IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali e di quelli del/della proprio/a figlio/a per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data _____

Firma della madre (*)

Firma del padre (*)

(*) Nel caso di un unico sottoscrittore del presente documento, lo stesso, consapevole delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 28/12/2013 n. 154 che ha apportato modifiche al Codice Civile in tema di filiazione (in particolare Art. 316 co 1 , Art. 337 -ter co 3 , Art. 337-quater co 3), DICHIARA ai sensi del D.P.R. 445/2000 di avere condiviso e concordato con il proprio coniuge la volontà di sottoscrivere il presente documento unitamente alle dichiarazioni nel medesimo contenute nell'osservanza delle norme del Codice Civile sopra richiamate in materia di responsabilità genitoriale.

FIRMA