**Consenso informato sulla richiesta di supporto psicologico offerto a studentesse, studenti e convittori** per rispondere a traumi e disagi derivanti dall’emergenza COVID-19 e per fornire supporto nelle difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico (ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 “General Data Protection Regulation”).

Lo sportello psicologico è rivolto agli alunni, ai genitori, agli insegnanti e personale scolastico delle scuole Convitto Nazionale, Liceo Classico, Liceo Linguistico, Liceo delle Scienze Umane, Liceo Economico Sociale.

Il servizio è erogato dalla dott.ssa Angela Paris, dott.ssa Federica Carubbi, dott.ssa Olimpia Paris, dott.ssa Agnese Rossi, dott.ssa Sara Citerei. Il suddetto personale è costituito da psicologi regolarmente iscritti all’albo degli psicologi, che hanno maturato almeno quattro annualità di esperienza pregressa nei servizi presso istituti scolastici, convenzionati con l’istituto Cotugno per l’erogazione di servizi di supporto psicologico e promozione del benessere psicofisico e psicosociale nella scuola. Referente del servizio è la dott.ssa Angela Paris, iscritta all’albo degli psicologi, psicoterapeuta specializzata in psicoterapia analitica e docente dell’Istituto di Specializzazione in Psicoterapia Atanor riconosciuto dal M.I.U.R. con Decreto del 15.07.08 (GU n°180 del 2/08/2008) ai sensi dell’art.3 della Legge 56/89, per i fini art.4 regolamento Decreto 11/12/98 N.509.

Il progetto comprenderà attività di ascolto e di orientamento scolastico, individuali e di gruppo.

Il progetto si prefigge di accompagnare i ragazzi nell’identificazione di obiettivi realistici e raggiungibili, nell’analisi delle proprie conoscenze, capacità e attitudini per operare un corretto esame delle risorse a disposizione, per cogliere lucidamente concrete e adeguate opportunità formative e professionali. Prevede inoltre l’attuazione di strumenti e strategie utili all’individuazione, nei casi di insuccesso e disagio scolastico, di possibili motivazioni correlate a variabili socio-culturali, alle relazioni tra pari o con gli adulti, all’utilizzo di metodi di studio disfunzionali, al disagio psicologico e sociale; comprenderà, inoltre, l’eventuale pianificazione di interventi finalizzati al miglioramento delle situazioni problematiche individuate che si effettueranno in base alla disponibilità di risorse e potranno essere concordati con genitori ed insegnanti ove richiesto dai ragazzi o dalle famiglie o dalla scuola.

La prestazione offerta consiste inoltre di un progetto di ricerca-intervento di prevenzione psicologica. L’intervento può prevedere uno sportello di consulenza e monitoraggio per insegnanti, genitori e allievi, per rilevare indicatori di salute o di disagio e intervenire precocemente al fine di promuovere il benessere psicofisico.

Secondo le disposizioni del Regolamento Europeo 679/2016 “General Data Protection Regulation”, nel seguito indicato sinteticamente come G.D.P.R., il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti.

Gli incontri avverranno prevalentemente in presenza ma anche da remoto su piattaforma Meet, previa richiesta dell’utente.

I colloqui individuali e gli incontri di gruppo potranno essere svolti anche a distanza attraverso modalità alternative (altre piattaforme, audio chiamate anziché videochiamate nel caso in cui lo studente abbia problemi di privacy o difficoltà di connessione) concordate con il paziente.

Durante lo svolgimento dei colloqui “a distanza” il professionista garantisce la riservatezza degli stessi ed in particolare l’assenza di terzi in prossimità del terminale utilizzato che potrebbero ascoltare, anche involontariamente, le comunicazioni in corso.

È raccomandato altresì agli studenti di ricercare una situazione di massima riservatezza possibile.

I colloqui non potranno essere registrati.

Ai sensi dell’articolo 13 del G.D.P.R., i dati personali forniti verranno trattati, per tutta la durata del progetto, esclusivamente per finalità terapeutiche e didattiche.

Dati dell’allievo:

|  |
| --- |
| Nome |
| Cognome |
| Data di nascita |
| Classe e Sezione |
| Istituto |
| Residenza |
| Domicilio |
| Numero di telefono |
| Modalità di colloquio preferita:   * Videochiamata su Meet * Solo audio su Meet * Telefonata classica (nel caso lo studente abbia problemi di privacy nell’utilizzare il computer in casa o nel caso abbia difficoltà di connessione) * In presenza |

Il/La sottoscritto/a è informato/a che i dati personali forniti saranno trattati dal professionista esperto psicologo nel rispetto della normativa vigente e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuto.

1. Il **titolare del trattamento** è l’esperto psicologo che effettuerà la consulenza

2. **Finalità del trattamento**: i dati personali da Lei forniti sono necessari per la corretta e completa esecuzione dell’attività di supporto psicologico offerto agli studenti per rispondere a traumi e disagi derivanti dall’emergenza COVID-19 e per fornire supporto nelle difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico

3. **Categorie particolari di dati**: il servizio da Lei richiesto potrebbe richiedere il trattamento di dati qualificabili come “categorie particolari di dati personali”, ovvero quei dati che rivelano lo stato di salute. Il Trattamento sarà effettuato solo su suo espresso consenso.

4. **Categorie di destinatari**: i dati possono essere comunicati ad un’esperta di assistenza medica/psicologica incaricata del servizio per le finalità di cui al punto 3. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

5. **Modalità di trattamento e conservazione**: Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 2016/679 in materia di misure e di sicurezza e ad opera di soggetti appositamente incaricati. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, i dati personali da Lei conferiti saranno conservati per il periodo di tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

6. **Trasferimento dei dati personali**: la gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server ubicati in Italia del Titolare e/o di società terze, nominate quali responsabili esterni del Trattamento. I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.

7. Esistenza di un **processo decisionale automatizzato**, compresa la profilazione: il Convitto con i Licei annessi non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

8. **Diritti dell’interessato**: in ogni momento, Lei potrà esercitare il diritto di accesso ai dati personali; ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguardano; opporsi al trattamento; ottenere la portabilità dei dati; revocare il consenso, proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Laddove la S.V. non intende conferire i dati personali richiesti e necessari, il professionista non potrà erogare il servizio.

**Io sottoscritto/a, (Genitore 1 se studente minorenne) avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra**,

* Acconsento
* Non acconsento

al trattamento dei dati ai fini dello svolgimento delle attività previste nella realizzazione del servizio

Nome………………………… Cognome…………………………………

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 1 (leggibile)

**Io sottoscritto/a, (Genitore 2 se studente minorenne) avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra,**

* Acconsento
* Non acconsento

al trattamento dei dati ai fini dello svolgimento delle attività previste nella realizzazione del servizio

Nome………………………… Cognome…………………………………

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 2 (leggibile)

**Io sottoscritto/a, (Genitore 1 se studente minorenne) avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra,**

* Acconsento
* Non acconsento

alla partecipazione del proprio figlio alle attività previste nel servizio di supporto psicologico

Nome………………………… Cognome…………………………………

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 1 (leggibile)

**Io sottoscritto/a, (Genitore 2 se studente minorenne) avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra,**

* Acconsento
* Non acconsento

alla partecipazione del proprio figlio alle attività previste nel servizio di supporto psicologico

Nome………………………… Cognome…………………………………

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 2 (leggibile)