CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

a. s. 2025/2026

Il sottoscritto Dott. MATTIA PASCIUTO, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 30645 contattabile attraverso l'e-mail sportelloascolto2026@gmail.com, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'IISS CESARE BATTISTI di VELLETRI fornisce le seguenti informazioni:

- Lo Sportello di Ascolto Psicologico è un servizio gratuito per studenti, famiglie, docenti e personale scolastico ed è stato attivato nell'ambito del progetto di Assistenza Specialistica "Oltre le barriere …. La scuola di tutti" a.s. 2025/2026 - CUP I19I25001260002 finanziato con Determinazione Regione Lazio n. G11518 del 10/09/2025.

- Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto CESARE BATTISTI, nelle due sedi di via Parri e via dei Lauri, in base alle richieste e previa prenotazione, nei seguenti giorni ed orari:

Lunedì: Sede Via dei Lauri, dalle ore 9,00 alle ore 11,00

Mercoledì: Sede Via Parri, dalle ore 9,00 alle ore 12,00

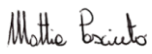
Se necessario, per venire incontro alle esigenze degli utenti, gli orari indicati potranno subire modifiche. Inoltre, sarà possibile richiedere l'incontro in orario pomeridiano, in modalità on-line sulla piattaforma Meet.

- Nello svolgimento delle proprie funzioni, lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

FIRMA della Professionista



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente …… dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ……..presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenne……
nata a ..... il____/___/_____
e residente a ……
in via/piazza ……..n……
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. .....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre del minorenne……
nato a ..... il____/___/_____
e residente a ……
in via/piazza ……..n……
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. .....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a……
il____/___/_____
Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
.....
residente a ……
in via/piazza ……..n……
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. .....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore

ADULTI

Il Sig.....

nat... a ……..……. il____/___/_____

codice fiscale…….

residente a ……..……..

in via/piazza ……..……..n……..……..

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso ad accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. ..... presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Servizio di Assistenza Specialistica – Progetto "Sportello di Ascolto Psicologico" *(Artt. 13-14 Regolamento UE 2016/679 - GDPR)*

Gentile Utente / Genitore, Il trattamento dei dati personali che la riguarda sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza.

1. SOGGETTI DEL TRATTAMENTO

- **Titolare del Trattamento: IISS "Cesare Battisti"**, Via dei Lauri, 1 - 00049 - Velletri (RM).
  Email: RMIS05200R@istruzione.it PEC: RMIS05200R@pec.istruzione.it
- **Responsabile Esterno (Art. 28 GDPR): Cooperativa Sociale Le Ginestre Onlus** (Capofila RTI), via Orti Giorgioli 3, Cave (RM). Rappresentata dalla dott.ssa Angela Pochesci, in qualità di soggetto capofila della RTI (Le Ginestre – Il Melograno – Arcobaleno) che gestisce il servizio di assistenza specialistica per conto del titolare.
- **Incaricato alla conduzione: Dott. Mattia Pasciuto**, psicologo iscritto all'Ordine, vincolato dal segreto professionale e dal Codice Deontologico, responsabile al trattamento per conto della RTI suindicata
- **D.P.O. (Data Protection Officer):** Vargiu Antonio, contattabile presso dpo@vargiuscuola.it - antonio.vargiu@ingpec.eu

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI

Il servizio comporta il trattamento di:

1. **Dati comuni:** (Anagrafica e contatti).
2. **Categorie particolari di dati (Art. 9 GDPR):** Informazioni relative allo stato di salute, disagi psicologici o altre informazioni sensibili emerse durante i colloqui.

3. FINALITÀ E BASI GIURIDICHE

Il trattamento è finalizzato esclusivamente all'erogazione del servizio di ascolto, orientamento e consulenza professionale.

- **Base Giuridica:** Il **Consenso Esplicito** dell'interessato (art. 6, par. 1, lett. a e art. 9, par. 2, lett. a del GDPR).
- **Natura del conferimento:** Facoltativa. Tuttavia, il mancato conferimento o la revoca del consenso comporteranno l'impossibilità oggettiva di accedere al servizio.

4. MODALITÀ, SICUREZZA E CONSERVAZIONE

- **Sicurezza:** I dati sono trattati con strumenti manuali e digitali, protetti da misure tecniche e organizzative adeguate (Art. 32 GDPR) per prevenire accessi non autorizzati.
- **Conservazione:** I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità progettuali o secondo gli obblighi di legge/conservazione documentale scolastica.

5. AMBITO DI COMUNICAZIONE

I dati non saranno diffusi. Potranno essere comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati per legge (es. Autorità Giudiziaria in caso di obbligo di denuncia) o ai responsabili nominati per la gestione del servizio.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15-22 del GDPR: *accesso, rettifica, cancellazione (oblio), limitazione, portabilità e opposizione*. Le richieste vanno inviate via PEC o raccomandata al Titolare o al DPO. Ha inoltre il diritto di proporre reclamo al **Garante Privacy**.

MODULO DI CONSENSO E AUTORIZZAZIONE

Progetto: "Sportello di Ascolto Psicologico"

(Riferimento Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679)

Il/I sottoscritto/i, visto e compreso quanto indicato nell'informativa, esprime/esprimono il proprio libero consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali (inclusi quelli relativi allo stato di salute) per le finalità dello Sportello di Ascolto.

1. DATI DELL'UTENTE (Studente/Interessato)

- **Cognome e Nome:** _____ **Nato/a a:** _____ il _____
- **Residente a:** _____ **in via:** _____
- **Telefono:** _____ **Email:** _____

2. CASO A: UTENTE MAGGIORENNE (Consenso autonomo)

Il sottoscritto, in qualità di utente maggiorenne, firma per proprio conto:

[ ] FORNISCO IL CONSENSO [ ] NON FORNISCO IL CONSENSO

Firma dell'Interessato: _____

3. CASO B: UTENTE MINORENNE (Consenso dei genitori)

I sottoscritti, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sul minore sopra indicato:

- **MADRE:** _____ **Nata a:** _____ il _____
- **PADRE:** _____ **Nato a:** _____ il _____

[ ] FORNISCONO IL CONSENSO [ ] NON FORNISCONO IL CONSENSO

Firma della Madre	**Firma del Padre**
_____	_____

4. AUTOCERTIFICAZIONE GENITORE UNICO

(Da compilare solo se firma un solo genitore) Io sottoscritto/a _____ padre/madre del minore, dichiaro di essere l'unico esercente la patria potestà per il seguente motivo (es. affido esclusivo, decesso altro genitore, ecc.):

[ ] FORNISCO IL CONSENSO [ ] NON FORNISCO IL CONSENSO

Firma _____

5. RAPPRESENTANZA LEGALE / ALTRO

(Da compilare se l'utente è soggetto a tutela o altra forma di rappresentanza) Esercitando la rappresentanza legale su _____, il sottoscritto _____ esprime il proprio consenso.

- **Firma del Rappresentante Legale:** _____

Luogo e Data: _____