



ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE
LICEO SCIENTIFICO OP. SCIENZE APPLICATE
FRANCESCO GIORDANI
CHIMICA, MATERIALI E BIOTECNOLOGIE
ELETTRONICA ED ELETTROTECNICA
INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI
MECCANICA E MECCATRONICA - TRASPORTI E LOGISTICA



ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE - "F. GIORDANI"-CASERTA
Prot. 0007240 del 06/05/2022
IV (Uscita)

Agli Alunni
Ai Genitori
Ai Docenti
Al Personale tutto

**Oggetto:Attivazione sportello Supporto Psicologico e di ascolto per studenti
di nazionalità ucraina**

Si comunica che, a partire dal 9 maggio 2022, sarà attivato il servizio sportello Supporto Psicologico e di ascolto in forma gratuita e tutelante la riservatezza per tutti i soggetti in indirizzo, con lo psicologo dott. Rosario Tranchida.

Per richiedere il colloquio gli alunni stessi, se maggiorenni, o i genitori / i tutori per i minori, dovranno inviare email all'indirizzo rosariotranchida@gmail.com, allegando il modulo di autorizzazione e specificando un recapito telefonico.

I Genitori che vorranno usufruire del servizio potranno richiedere appuntamento direttamente al dott. Tranchida inviando un'email all'indirizzo rosariotranchida@gmail.com.

Gli incontri si terranno, al plesso biennio-piano terra di fronte all' ufficio di vicepresidenza-, secondo il seguente calendario :

lunedì 9 maggio	9.00 – 12.00
mercoledì 11 maggio	9.00 - 12.00
lunedì 16 maggio	9.00 – 12.00
mercoledì 18 maggio	9.00 - 12.00
lunedì 23 maggio	9.00 – 12.00
mercoledì 25 maggio	9.00 – 12.00
lunedì 30 maggio	9.00 – 12.00
mercoledì 1 giugno	9.00 – 12.00

Per informazioni è possibile rivolgersi alle referenti, prof.sse Gentile - Gallicola

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Antonella Serpico

Referenti prof.ssa Gentile-Gallicola

Modello **Psy19** – prestazione rivolta ai minori

Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

La sottoscritta _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]

affidandosi al Dott. In Psicologia Applicata **Rosario Tranchida**, (email: rosariotranchida@gmail.com; PEC: rosariotranchida@spidmail.it)

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- 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 **sportello d'ascolto, attività di counseling, colloqui psicologici, supporto psicologico.**
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di: **definizione del bisogno/ presa in carico supporto psicologico;**
4. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e 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. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.13 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 clinico, questionari e scale di valutazione. N.B. l'eventuale utilizzo di strumenti coerenti con quanto già dichiarato in termini generali può essere oggetto di successivo consenso verbale.**
5. La durata globale dell'intervento non definibile a priori. Pertanto, saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione.
6. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando al dott. Rosario Tranchida la volontà di interruzione;
7. Il dott. Rosario Tranchida può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne

ModelloPsy19– prestazione rivolta ai minori

saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.)

Il Servizio è **gratuito**. La realizzazione è stata resa possibile grazie al contributo di enti pubblici che hanno promosso l'iniziativa in collaborazione con istituto scolastico ITIS – Liceo Scientifico F. Giordani.

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

1. 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.
2. Il dottore è Titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. **dati anagrafici e 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, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi 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 dal C.D.;
3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
 - a. 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.
5. 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**.
6. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
 - a. **dati anagrafici, di contatto**: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di **10 anni**;
 - b. **dati relativi allo stato di salute**: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di **5 anni** (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici e di pagamento.
7. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:
 - a. **dati anagrafici, di contatto**: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - b. **dati relativi allo stato di salute**: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di un consenso scritto a terzi (art. 12 C.D.). Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche; in caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervistazioni e/o riunioni di equipe), saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art.15 C.D.).
8. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
9. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato 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 alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni. 10. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121

Modello **Psy19** – prestazione rivolta ai minori

- 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 PEO: garante@gdpd.it - PEC: protocollo@pec.gdpd.it

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio

della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____ ,

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Codice fiscale _____ ,

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

Firma della Professionista


