



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE " SAN TOMMASO D'AQUINO "**  
**Priverno-Prossedi**

**Via Montanino s.n.c. - 04015 Priverno (LT)**

**C.M. LTIC83600G - C.F. 91067030592 - Tel. 0773/904555-Fax 0773/911151**

**Sito Web: <http://www.icpriverno.edu.it/> E-Mail: [ltic83600g@istruzione.it](mailto:ltic83600g@istruzione.it)- [ltic83600g@pec.istruzione.it](mailto:ltic83600g@pec.istruzione.it)**

### **AUTORIZZAZIONE CONSULENZA PSICOLOGICA**

L'Istituto scolastico ha stipulato un contratto con un professionista esterno che presenta titoli idonei a fornire supporto psicologico professionale. Il servizio è gratuito per chi lo riceve in quanto L'Istituto si assume l'onere del compenso al professionista. Il professionista agisce in veste di titolare del trattamento dati, tuttavia l'Istituto, al fine di agevolare la fornitura del servizio, raccoglie informazioni finalizzate all'ottimizzazione del calendario degli appuntamenti e riceve dal professionista un report delle attività svolte durante l'esecuzione del contratto per una valutazione economico/amministrativa.

L'Istituto raccoglie e gestisce le informazioni tramite personale autorizzato e formato per le sole finalità indicate in precedenza, nel rispetto del GDPR 679/2016 e decreti attuativi ed in particolare nel rispetto dei principi di riservatezza e minimizzazione. I dati saranno conservati per il solo tempo strettamente necessario al raggiungimento delle finalità per cui i sono raccolti. L'istituto non comunicherà dati a terzi a meno che non ve ne sia un obbligo normativo.

Si ricorda che il professionista incaricato è un privato, pertanto, per offrire la propria consulenza, è necessario che riceva attraverso opportuna modulistica dallo stesso predisposto il consenso al trattamento dati personali ex art. 9 -10 del GDPR 679/2016.

Di seguito un estratto degli obblighi a cui è tenuto il professionista:

#### **CONSENSO INFORMATO - CONSULENZA PSICOLOGICA**

- 1) Lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, in caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale.
- 2) Le prestazioni offerte riguardano un'attività di consulenza psicologica individuale.
- 3) Le prestazioni offerte sono finalizzate ad attività di promozione e di tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Nello specifico, sono finalizzate ad analizzare, insieme al minore o ai minori, la domanda di aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse.
- 4) Ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istituita dall'Ordine degli Psicologi, per il conseguimento degli obiettivi, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per le attività di prevenzione e di sostegno in ambito psicologico. Tra questi, il principale strumento di intervento sarà il colloquio psicologico clinico.
- 5) La durata complessiva dell'intervento sarà oggetto di valutazione e variabile in funzione delle caratteristiche del contesto, delle problematiche emerse e degli obiettivi formulati.
- 6) Le prestazioni saranno rese anche utilizzando servizi telematici in video conferenza (GoToMeeting, Meet, Teams) previo appuntamento e conferma delle autorizzazioni richieste. Durante il collegamento deve essere garantito che non siano presenti terze persone e che il colloquio non sia in alcun modo registrato.
- 7) In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con il professionista. In tal caso i genitori si impegnano a comunicare tale volontà di interruzione allo psicologo, rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto sino ad allora.

Il Dirigente Scolastico

*Dott.ssa Eliana Fiume*

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, co 2, D.LgsI n.39/1993

## AUTORIZZAZIONE CONSULENZA PSICOLOGICA

(da compilare e restituire al coordinatore di classe)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ genitori dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_

dichiarano di aver letto il consenso informato – consulenza psicologica al quale la presente autorizzazione è allegata, autorizzano il proprio figlio/a a partecipare all'attività di consulenza psicologica ed autorizzano la scuola a predisporre appuntamento con il professionista fornendo i recapiti della famiglia:

Telefono: \_\_\_\_\_

e-mail:

\_\_\_\_\_

Priverno, \_\_/\_\_/\_\_.

Firma del Genitore/tutore \_\_\_\_\_

Firma del Genitore/tutore \_\_\_\_\_