

MODULO CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE

MODULO CON SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI I GENITORI

Io sottoscritto (**PADRE**) _____
nato a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____ Documento n° _____
e io sottoscritta (**MADRE**) _____
nata a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____ Documento n° _____
padre e madre del/della minore _____ nato/a a _____
il _____ frequentante la classe _____ della Scuola Secondaria di I grado

DICHIARIAMO

di aver preso conoscenza dell'attivazione dello "**Sportello di ascolto psicologico**" mediante lettura della **Circolare scolastica pubblicata sul sito dell'Istituzione Scolastica e nella sezione "Comunicazioni" del Registro Elettronico** e nello specifico di essere a conoscenza che:

- La prestazione è un Servizio di **Sportello d'ascolto psicologico** effettuato dallo psicologo d'Istituto.
- La prestazione in **favore dei minori** è subordinata alla consegna al Coordinatore di Classe del MODULO CONSENSO/AUTORIZZAZIONE.
- Sul sito dell'Istituzione Scolastica nella sezione GDPR è presente l'informativa sul trattamento dei dati personali della quale si è proceduto alla lettura;
- La finalità dello sportello d'ascolto è quella di perseguire il benessere degli studenti e che il servizio è espletato in presenza.
- Viene esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "**diagnosi**" o "**terapia**".
- La prestazione prevede incontri di osservazione nelle classi di **natura collettiva** per gli studenti della **Scuola Secondaria di I grado sulla base di problematicità riscontrate dai docenti delle classi**;
- In qualsiasi momento si potrà revocare il consenso e l'autorizzazione ad usufruire del servizio mediante le modalità indicate nella circolare scolastica.
- Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line (www.opl.it)
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza, per cui i dati personali e sensibili dell'interessato saranno coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento secondo il GDPR 679/2016.
- Lo **SPORTELLLO D'ASCOLTO INDIVIDUALE** è rivolto **agli studenti della Scuola Secondaria**, ai **genitori degli alunni iscritti all'Istituto Comprensivo "Don Giovanni Antonioli" di Ponte di Legno** ed al **Personale Scolastico**.
- Le prestazioni concordate non comportano costi e non verrà richiesto alcun corrispettivo economico.

INFORMATI DI TUTTO CIO' DI CUI SOPRA

noi sottoscritti, in qualità di esercenti la **responsabilità genitoriale** del sopra nominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra: (*barrare le voci che si autorizzano o non autorizzano*)

- ☐ **ACCONSENTIAMO** che venga effettuato il servizio di **sportello d'ascolto psicologico** nei confronti di nostro figlio/a, **qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta** mediante le modalità pubblicate nella circolare scolastica, **AUTORIZZANDO** quindi lo Psicologo individuato dall'Istituto a conferire con lo/la stessa nelle modalità indicate nella medesima circolare;
- ☐ **NON ACCONSENTIAMO** che venga effettuato il servizio di **sportello d'ascolto psicologico** nei confronti di nostro figlio/a, **qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta** mediante le modalità pubblicate nella circolare scolastica, **NON AUTORIZZANDO** quindi lo Psicologo individuato dall'Istituto a conferire con lo/la stessa nelle modalità indicate nella medesima circolare;
- ☐ **AUTORIZZIAMO** la presenza di nostro figlio/a alle eventuali osservazioni sul gruppo classe;
- ☐ **NON AUTORIZZIAMO** la presenza di nostro figlio/a alle eventuali osservazioni sul gruppo classe;
- ☐ **AUTORIZZIAMO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;
- ☐ **NON AUTORIZZIAMO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;

Luogo e data _____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____

MODULO CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE

"Sportello di ascolto psicologico"

MODULO CON SOTTOSCRIZIONE DI UN SOLO GENITORE

(causa LONTANANZA od IMPEDIMENTO dell'altro genitore)

Il/La sottoscritto/a Sig./ Sig.ra.....
Nato/a ail.....
C.F.residente in.....
Via.....Documento n°.....
PADRE/MADRE del/della minore..... nato/a a
il.....frequentante la classe.....della Scuola Secondaria di I grado

DICHIARO

di aver preso conoscenza dell'attivazione dello "Sportello di ascolto psicologico" mediante lettura della **Circolare scolastica pubblicata sul sito dell'Istituzione Scolastica e nella sezione "Comunicazioni" del Registro Elettronico** e nello specifico di essere a conoscenza che:

- La prestazione è un Servizio di **Sportello d'ascolto psicologico** effettuato dallo psicologo d'Istituto.
- La prestazione in **favore dei minori** è subordinata alla consegna al Coordinatore di Classe del MODULO CONSENSO/AUTORIZZAZIONE.
- Sul sito dell'Istituzione Scolastica nella sezione GDPR è presente l'informativa sul trattamento dei dati personali della quale si è proceduto alla lettura;
- La finalità dello sportello d'ascolto è quella di perseguire il benessere degli studenti e che il servizio è espletato in presenza.
- Viene esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "**diagnosi**" o "**terapia**".
- La prestazione prevede incontri di osservazione nelle classi di **natura collettiva** per gli studenti della **Scuola Secondaria di I grado sulla base di problematicità riscontrate dai docenti delle classi**;
- In qualsiasi momento si potrà revocare il consenso e l'autorizzazione ad usufruire del servizio mediante le modalità indicate nella circolare scolastica.
- Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line (www.opl.it)
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza, per cui i dati personali e sensibili dell'interessato saranno coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento secondo il GDPR 679/2016.
- Lo **SPORTELLLO D'ASCOLTO INDIVIDUALE** è rivolto **agli studenti della Scuola Secondaria**, ai **genitori degli alunni iscritti all'Istituto Comprensivo "Don Giovanni Antonioli" di Ponte di Legno** ed al **Personale Scolastico**.
- Le prestazioni concordate non comportano costi e non verrà richiesto alcun corrispettivo economico.

INFORMATO/A DI TUTTO CIO' DI CUI SOPRA.

io sottoscritto/a, in qualità di esercente la **responsabilità genitoriale** del sopra nominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra: *(barrare le voci che si autorizzano o non autorizzano)*

- ☐ **ACCONSENTO** che venga effettuato il servizio di **sportello d'ascolto psicologico** nei confronti di nostro figlio/a, **qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta** mediante le modalità pubblicate nella circolare scolastica, **AUTORIZZANDO** quindi lo Psicologo individuato dall'Istituto a conferire con lo/la stessa nelle modalità indicate nella medesima circolare;
- ☐ **NON ACCONSENTO** che venga effettuato il servizio di **sportello d'ascolto psicologico** nei confronti di nostro figlio/a, **qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta** mediante le modalità pubblicate nella circolare scolastica, **NON AUTORIZZANDO** quindi lo Psicologo individuato dall'Istituto a conferire con lo/la stessa nelle modalità indicate nella medesima circolare;
- ☐ **AUTORIZZO** la presenza di nostro figlio/a alle eventuali osservazioni sul gruppo classe;
- ☐ **NON AUTORIZZO** la presenza di nostro figlio/a alle eventuali osservazioni sul gruppo classe;
- ☐ **AUTORIZZO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;
- ☐ **NON AUTORIZZO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;

Dichiaro, inoltre, che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del C.C. in termini di responsabilità genitoriale, l'altro genitore *(riportare cognome e nome)* **NON PUÒ FIRMARE IL CONSENSO PERCHÉ IMPOSSIBILITATO PER il seguente motivo** *(barrare la casella interessata)*:

- ☐ **Lontananza** (intesa come **distanza fisica** che impedisce al genitore di adempiere ai doveri derivanti dal suo status)
- ☐ **Impedimento** (inteso come **ogni evento** che comporti *(pur temporaneamente)* l'impossibilità di esercizio della responsabilità genitoriale)

A tal fine il/La sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che l'altro genitore non firmatario **è a conoscenza della presentazione del Consenso Informato** per l'eventuale partecipazione del proprio /a figlio/a allo Sportello di Ascolto Psicologico aperto presso la Scuola, **condivide le finalità del servizio** ed **è concorde con il sottoscritto genitore firmatario in merito all'autorizzazione** rilasciata affinché il proprio figlio/a possa usufruire del servizio di Sportello d'ascolto psicologico secondo le modalità organizzative diramate nella circolare scolastica.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000.

Luogo e data.....Firma leggibile del padre/madre

MODULO CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE

"Sportello di ascolto psicologico" – alunni SCUOLA SECONDARIA

MODULO CON SOTTOSCRIZIONE DEL TUTORE LEGALE

Il/La sottoscritto/a Sig./ Sig.ra.....
Nato/a ail.....
C.F.residente in.....
Via.....Documento n°.....
Tutore legale del/della minore..... nato/a a
il.....frequentante la classe.....della Scuola Secondaria di I grado

DICHIARO

di aver preso conoscenza dell'attivazione dello "**Sportello di ascolto psicologico**" mediante lettura della Circolare scolastica pubblicata sul sito dell'Istituzione Scolastica e nella sezione "Comunicazioni" del Registro Elettronico e nello specifico di essere a conoscenza che:

- La prestazione è un Servizio di **Sportello d'ascolto psicologico** effettuato dallo psicologo d'Istituto;
- La prestazione in **favore dei minori** è subordinata alla consegna al Coordinatore di Classe del MODULO CONSENSO/AUTORIZZAZIONE.
- Sul sito dell'Istituzione Scolastica nella sezione GDPR è presente l'informativa sul trattamento dei dati personali della quale si è proceduto alla lettura;
- La finalità dello sportello d'ascolto è quella di perseguire il benessere degli studenti e che il servizio è espletato in presenza.
- Viene esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "**diagnosi**" o "**terapia**".
- La prestazione prevede incontri di osservazione nelle classi di **natura collettiva** per gli studenti della **Scuola Secondaria di I grado sulla base di problematiche riscontrate dai docenti delle classi**;
- In qualsiasi momento si potrà revocare il consenso e l'autorizzazione ad usufruire del servizio mediante le modalità indicate nella circolare scolastica.
- Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line (www.opl.it)
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza, per cui i dati personali e sensibili dell'interessato saranno coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento secondo il GDPR 679/2016.
- Lo **SPORTELLLO D'ASCOLTO INDIVIDUALE** è rivolto **agli studenti della Scuola Secondaria**, ai **genitori degli alunni iscritti all'Istituto Comprensivo "Don Giovanni Antonioli" di Ponte di Legno** ed al **Personale Scolastico**.
- Le prestazioni concordate non comportano costi e non verrà richiesto alcun corrispettivo economico.

INFORMATO/A DI TUTTO CIO' DI CUI SOPRA,

io sottoscritto/a, tutore legale del sopra nominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra: (*barrare le voci che si autorizzano o non autorizzano*)

- ☐ **ACCONSENTO** che venga effettuato il servizio di **sportello d'ascolto psicologico** nei confronti di nostro figlio/a, qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta mediante le modalità pubblicate nella circolare scolastica, **AUTORIZZANDO** quindi lo Psicologo individuato dall'Istituto a conferire con lo/la stessa nelle modalità indicate nella medesima circolare;
- ☐ **NON ACCONSENTO** che venga effettuato il servizio di **sportello d'ascolto psicologico** nei confronti di nostro figlio/a, qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta mediante le modalità pubblicate nella circolare scolastica, **NON AUTORIZZANDO** quindi lo Psicologo individuato dall'Istituto a conferire con lo/la stessa nelle modalità indicate nella medesima circolare;
- ☐ **AUTORIZZO** la presenza di nostro figlio/a alle eventuali osservazioni sul gruppo classe;
- ☐ **NON AUTORIZZO** la presenza di nostro figlio/a alle eventuali osservazioni sul gruppo classe;
- ☐ **AUTORIZZO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;
- ☐ **NON AUTORIZZO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;

Luogo e data _____

Firma leggibile del tutore _____

Si allega la fotocopia del documento d'identità del tutore dichiarante.

SERVIZIO DI SPORTELLO D' ASCOLTO PSICOLOGICO
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
INFORMATIVA AI SENSI DELL' ART. 13 DEL D. LGS 196/2003

Con la presente si informa che il Regolamento UE 2016/679 prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati sensibili.

1. Titolare del trattamento è lo Psicologo nominato dall'Istituto, il quale è responsabile della protezione dei dati personali.
2. I dati personali, i dati sensibili quanto correlato agli interventi psicologici, ivi compresi gli appunti personali, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto e per la finalità specifica per la quale sono raccolti. I dati verranno trattati per le seguenti finalità:
 - o - per gestire i rapporti funzionali volti all'espletamento dell'incarico professionale richiesto;
 - o - per eventuali contatti legati alla prestazione professionale, anche telefonici o per e-mail;
 - o - per gestire come dato aggregato statistiche organizzative e contabili.
3. Qualora lo Sportello di supporto psicologico si avvallesse dello strumento del colloquio a distanza, tramite telefono, scambio di e-mail e di appositi software per la comunicazione restano salvi il rispetto del Codice Deontologico e della normativa sulla Privacy.
4. Qualora lo Sportello di supporto psicologico si avvallesse dello strumento del colloquio a distanza, tramite telefono, scambio di e-mail e di appositi software per la comunicazione, non saranno presenti vicino allo Psicologo e vicino all'utente altre persone durante la consultazione psicologica; il colloquio avverrà per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati e non potranno essere registrati né diffusi gli scambi o parti di essi.
5. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia elettronico sia cartaceo (con modalità informatiche e manuali) e saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggere la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
6. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
7. I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.
8. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma in caso di rifiuto non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivati.
9. 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.
10. Lei ha il diritto di ottenere la conferma che sia in corso o meno un trattamento dei suoi dati e, in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati e alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento; le categorie di dati personali trattati; i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; il periodo di conservazione dei dati personali previsto. Lei può esercitare il diritto di rettifica, il diritto di cancellazione dei dati personali che la riguardano. Ha il diritto di proporre reclamo innanzi alle autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali - www.garanteprivacy.it). Lei ha il diritto di revocare il suo consenso e le autorizzazioni in ogni momento senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Ove applicabili, lei ha il diritto all'oblio, il diritto alla limitazione del trattamento, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che la riguardano.
11. I suddetti diritti possono essere esercitati in qualsiasi momento inviando comunicazione scritta al Titolare del trattamento dei dati, lo Psicologo nominato dall'Istituto, reperibile via mail all'indirizzo: bsic802001@istruzione.it.
12. Il Titolare del trattamento non effettua in alcun modo la vendita o l'affitto dei dati personali. Non è presente un processo decisionale automatizzato. I dati non vengono conferiti a paesi fuori dall'Unione Europea e/o fornitori di servizi non armonizzati ai sensi del GDPR.