

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLLO
D'ASCOLTO - IC TEODORO CIRESOLA**

DA RICONSEGNARE AL COORDINATORE DI CLASSE

In riferimento al servizio "Sportello d'ascolto" promosso da Progetto Integrazione Cooperativa Sociale Onlus all'interno del progetto Teen City Loreto Porta Venezia finanziato dal Comune di Milano che coinvolgerà i ragazzi della scuola secondaria di 1° grado si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- lo strumento utilizzato è quello del colloquio;
- i colloqui, il cui numero potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 per studente, sono gratuiti e avverranno all'interno dei locali scolastici in aula e orari dedicati;
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

Lo sportello verrà tenuto dalla dott.ssa Rastrelli Viola Luisa Lina, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, matricola n.22354.

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (____) il _____ e residente a _____ (____), Via/piazza _____

Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (____) il _____ e residente a _____ (____), Via/piazza _____

Telefono _____

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore _____

che frequenta la classe _____ sez _____

- AUTORIZZANO
- NON AUTORIZZANO

(Barrare la casella che interessa)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Data, _____

firma del padre _____ firma della madre _____

Consenso al trattamento di dati sensibili del minore

Informativa ex art. 13 D.Lgs.196/2003 in materia di trattamento di dati personali e sensibili

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30/6/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali” prevede la tutela delle persone e di altri soggetti (anche i minori) rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del minore interessato.

In particolare, i dati denominati sensibili (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dall’Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

1. Finalità del trattamento

La informiamo che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell’interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso il plesso di Viale Brianza 18 dell’Istituto Comprensivo Statale Teodoro Ciresola nei confronti di minori che frequentano la stessa.

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L’eventuale mancato conferimento comporta l’impossibilità per la Dott.ssa Rastrelli Viola Luisa Lina di prestare il servizio di Sportello di Ascolto al minore. Si precisa che l’accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicologica breve (un massimo di tre colloqui).

2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l’adempimento delle sopra descritte finalità.

Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dalla Dott.ssa Rastrelli Viola Luisa Lina sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

3. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti: a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell’esclusivo interesse del soggetto.

4. Responsabile del trattamento è la Dirigente Scolastica Dott. ssa Polliani Anna

5. Diritti dell’interessato. Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all’art. 7 e 24 del D. Lgs. 196/03 in merito alla cancellazione, l’aggiornamento, la rettifica o l’integrazione dei dati personali registrati.

I sottoscritti

Cognome e nome del padre..... Cognome e nome della madre.....

genitori del minore..... classe.....

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003:

• ACCONSENTONO

• NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) _____ necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data,

firma del padre

firma della madre.....