

## **Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico**

In riferimento all'attività dello "Sportello d'ascolto" si precisa quanto segue:

- 1) la prestazione che è offerta al minore è un intervento di counseling (consulenza) finalizzato alla prevenzione del disagio scolastico e alla promozione del benessere psicosociale
- 2) a tal fine è utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio
- 3) gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano la prevenzione del disagio scolastico e/o personale
- 4) la Consulente/psicologa è vincolata al segreto professionale ed è nominata responsabile esterno del trattamento ai sensi del REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016
- 5) il numero degli incontri con il minore può variare da un minimo di uno ad un massimo di tre (salvo eccezioni particolari).

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del regolamento europeo 679/2016 ed in particolare gli articoli 7, 13, 15, 16, 17, 18 si comunica che i dati raccolti saranno gestiti ai sensi della norma in epigrafe e che il titolare del trattamento è l'Istituto Comprensivo Statale Via Volsinio in persona della dott.ssa Loredana Teodoro nella propria qualità di dirigente scolastico protempore, il Responsabile della Protezione dei dati è il dott. Corrado Faletti reperibile al seguente indirizzo email [direttore@controllerprivacy.it](mailto:direttore@controllerprivacy.it), i dati trattati saranno utilizzati esclusivamente per le attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico, non saranno trasferiti e resteranno a disposizione dell'interessato fino al termine dell'iniziativa.

L'informativa completa ed i dettagli sull'utilizzo dei dati sono presenti sul sito istituzionale della scuola al seguente link <http://www.istitutoviavolsinio.it/public/sitonew/index.php/privacy>

I dati conferiti sono indispensabili per l'esecuzione della iniziativa indicata e l'interessato ha diritto ad accedere ai dati, alla rettifica e cancellazione ed alla ulteriore limitazione d'uso, nonché il diritto alla revoca del consenso e di proporre reclamo all'autorità di controllo, direttamente, [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it) e/o per il tramite del Responsabile Protezione Dati indicato in precedenza. In caso di rifiuto al trattamento non sarà possibile per l'interessato partecipare all'iniziativa. Non vi sono trattamenti automatizzati del dato con logiche di profilatura dell'utente.

**IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza.

- 1) Tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini connessi allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall'incarico della Dott.ssa Emanuela De Chicchis, psicologa psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio.
- 2) Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità manuali idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale

Per poter usufruire dello sportello, gli alunni devono essere autorizzati dai genitori mediante la compilazione del seguente modulo, da inviare alla dott.ssa De Chicchis al momento della prenotazione del colloquio.

**Il Servizio di Sportello d'ascolto psicologico non potrà aver luogo senza l'invio di tale documentazione, debitamente compilata e sottoscritta.**

I sottoscritti....., genitori/affidatari dell'alunno/a.....nato/a a ..... il .....

frequentante la classe ... sez....., presso l'Istituto Comprensivo Via Volsinio di Roma, valutato il progetto dello Sportello d'Ascolto Psicologico, nell'anno scolastico 2020/2021, in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del citato regolamento europeo 679/2016:

- ACCONSENTONO
- NON ACCONSENTONO

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

Di conseguenza

- Autorizzano
- Non Autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa e psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Lazio, Dott.ssa Emanuela De Chicchis

In fede,

firma del padre \_\_\_\_\_

firma della madre \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_