



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE
ALFONSO MARIA DE' LIGURI

ISTITUTO TECNICO
SETTORE ECONOMICO E TECNOLOGICO

LICEO SCIENTIFICO

LICEO LINGUISTICO

LICEO CLASSICO



LIBERATORIA SPORTELLO ASCOLTO

PREMESSA

In riferimento al progetto "Sportello d'ascolto" che coinvolgerà alunni/genitori/docenti/personale scolastico che fanno parte dell'I.S. **"A. M. DE' LIGURI"**

si informa che:

- la prestazione che verrà offerta ai fruitori di questo sportello d'ascolto è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti personali e relazionali e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto. Inoltre, ha l'obiettivo di fornire supporto psicologico ad alunni/studenti, ai loro genitori ed ai docenti per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico avvalendosi del colloquio personale, anche in modalità online, come strumento di conoscenza principale;
- lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all'utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art.11);
- lo psicologo 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;



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE
ALFONSO MARIA DE' LIGURI

ISTITUTO TECNICO
SETTORE ECONOMICO E TECNOLOGICO

LICEO SCIENTIFICO

LICEO LINGUISTICO

LICEO CLASSICO



0

MODULO DI CONSENSO

Avendo letto e compreso l'informativa che precede per il servizio dello sportello d'ascolto fornito dall'Istituto Scolastico I.I.S. "A. M. DE' LIGURI"

I sottoscritti genitori/esercanti la patria potestà dell'alunno:

nome dello/a studente/essa Classe

acconsentiamo alla partecipazione di nostro figlio al servizio fornito dallo sportello ascolto.

*Nome e cognome del genitore 1 (in stampatello): _____

Data __/__/____ Firma _____

*Nome e cognome del genitore 2 (in stampatello): _____

Data __/__/____ Firma _____

*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, il consenso alla partecipazione all'indagine, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa. Infatti laddove per la gestione di pratiche amministrative od didattiche concernenti l'alunno risulta impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irraggiungibile, il genitore che ha firmato deve effettuare anche la seguente dichiarazione:

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Nome e cognome del genitore (in stampatello): _____

Data __/__/____ Firma _____

VIA SANT'ANTONIO ABATE, 32
82019 - SANTAGATA DE' GOTI (BN)

TEL. 0823 953117
FAX 0823 953140

MAIL BNIS013008@ISTRUZIONE.IT
PEC BNIS013008@PEC.ISTRUZIONE.IT

WEB WWW.DELIGURI.GOV.IT



INFORMATIVA PRIVACY E CONSENSO ALTRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Regolamento UE 679/16 in materia di trattamento di dati personali "particolari"

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il *Regolamento UE 679/16* "GDPR" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti (anche 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 personali "particolari" possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

1. Finalità del trattamento

La informiamo che i dati e le informazioni acquisite verranno trattate esclusivamente a fini previsti nell'interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso **I.I.S. "A. M. DE' LIGUORI** 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 il/la Dott./ssa **Sara Cesare** di prestare il servizio di Sportello Scolastico al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea e da parte dei ragazzi si sviluppa in una consulenza psicologica breve.

2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali potrà essere effettuato sia 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 dal/dalla Dott./ssa **Sara Cesare** 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. Identità e dati di contatto del titolare

Il Titolare del trattamento è **I.I.S. "A. M. DE' LIGUORI** con sede legale in **Via Sant'Antonio Abate 32, 82019 Sant' Agata de' Goti (BN)**, Tel. **0823 953117** Mail: **bnis013008@ISTRUZIONE.it**, PEC: **bnis013008@PEC.istruzione.it** nella persona del suo legale rappresentante **Dott.ssa ICOLARO MARIA ROSARIA**.

5. Identità e dati di contatto del RDP/DPO (Responsabile della Protezione dei Dati/Data Protection Officer)

Il responsabile della protezione dei dati è il **Dott. Carmine Arricale** i cui contatti sono: Tel. **3383436916**, Mail: **privacy@OXFIRM.it**, PEC: **avv.carminearricale@LEGALMAIL.it**.

6. Diritti dell'interessato

Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento nella Sua qualità di interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 del GDPR in merito alle operazioni di trattamento dei dati personali (cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, etc.)

I sottoscritti:

Cognome e nome del genitore 1 _____

Cognome e nome del genitore 2 _____

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 Regolamento UE n. 2016/679

- ACCONSENTONO
 NON ACCONSENTONO

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

Data ____/____/____

Firma del genitore 1 _____

Firma del genitore 2 _____