

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO

ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO RIVOLTO AGLI ALUNNI DELL'I.I.S. "Biagio Pascal"

a.s.2022/2023

Per dare la possibilità agli studenti dell'Istituto Superiore Statale "B. Pascal" di usufruire del servizio "Sportello d'Ascolto Psicologico", è necessaria l'autorizzazione dei genitori e il consenso informato per il trattamento dei dati personali sensibili.

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, 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); ed agli obblighi di legge previsti (art.13)
- il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 4 (salvo eccezioni particolari) .

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

I dati personali sono trattati in modo lecito, secondo correttezza e con adozione di idonee misure di protezione. Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all'attività dello spazio di ascolto e per adempiere agli obblighi derivanti dall'incarico del dott. S. Bernardi e della Dott.ssa E. De Chicchis.

I dati in nessun caso vengono comunicati a soggetti privati senza il preventivo consenso scritto dell'interessato. Si potrebbe dover rendere accessibili i dati che vi riguardano alle Autorità sanitarie e/o giudiziarie, nonché a terzi qualificati solo sulla base di precisi doveri di legge.

I titolari e responsabili del trattamento dei dati relativi alle attività dello "Sportello D'Ascolto" sono il dott. Bernardi e la dott.ssa De Chicchis. In ogni momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. lgs. 196/2003 .

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "Biagio Pascal"
Via Brembio, 97 - 00188 Roma (RM)
Tel: 06121124205
PEO: pascal.brembio@gmail.com

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE AGLI INCONTRI PRESSO LO "Sportello d'Ascolto"

Il sottoscritto (cognome e nome in stampatello) _____,

nato il _____

e la sottoscritta (cognome e nome in stampatello) _____,

nata a _____

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale sull'alunno/a (cognome e nome in stampatello)

_____ nato/a a _____

frequentante la classe _____ a.s. _____ dell' I.I.S. "Biagio Pascal" di Roma,

essendo a conoscenza degli obiettivi e delle metodologie di intervento del servizio di consulenza

psicologica denominato "Sportello d'Ascolto" presso codesto Istituto,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, degli incontri individuali con il dott. Stefano BERNARDI e a partecipare ad altre eventuali attività inerenti al suddetto servizio.

Roma, _____

Firma

Firma

Recapito telefonico di un genitore/tutore: _____

Da compilare nel caso di un solo genitore firmatario

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver firmato il Consenso Informato per l'accesso allo Sportello Psicologico, 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.

Roma, _____

Firma genitore
