



**Unione Europea**  
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale  
PON "Competenze per lo sviluppo"



Aica – Test Center – Cod. AEWD0001

## **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Teodoro Gaza"**

San Giovanni a Piro (Sa) - Via Cenobio, 4B 84070  
Distretto 062

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di I Grado  
San Giovanni a Piro – Caselle in Pittari  
Tel. 0974/983127 – Fax 0974/983127

C.M. SAIC815005 – C.F. 84001740657 - Codice Univoco Ufficio: **UFDQ9V**

Mail: [saic815005@istruzione.it](mailto:saic815005@istruzione.it) – Pec: [saic815005@pec.istruzione.it](mailto:saic815005@pec.istruzione.it) – Sito web: [www.icteodorogaza.gov.it](http://www.icteodorogaza.gov.it)

### **Accesso allo "Sportello d'Ascolto Psicologico"**

Per dare la possibilità agli studenti 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.

#### **CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA NELLA SCUOLA**

**(Ai sensi dell'art. 24 del "Codice deontologico degli Psicologi Italiani")**

In riferimento al progetto "Sportello d'Ascolto Psicologico" si informa che la prestazione che verrà offerta allo studente è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicofisico e relazionale dello stesso. A tal fine, come strumento principale di intervento verrà utilizzato il colloquio; gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano la prevenzione del disagio. Si precisa, altresì, che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11).

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO NELL'ESPLETAMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE RICEVUTO DALLA SCUOLA Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Il D.lgs. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato. Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003, si puntualizza che:

- tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini di prevenzione e prestazioni connesse allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall'incarico alla figura professionale;
- il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità manuali e informatiche, idonee a proteggere la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. In ogni caso, i dati idonei a rivelare lo stato di salute non potranno essere diffusi (art. 26, comma 5 del D.lgs. 196/2003);
- il conferimento dei dati è facoltativo, ma è necessario per l'instaurazione e la prosecuzione del rapporto professionale;
- i dati potrebbero essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, nonché a terzi qualificati solo sulla base di precisi doveri di legge; in tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa esplicita richiesta dell'interessato;
- 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.

**Autorizzazione di accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico e Consenso informato per il trattamento dei dati personali dell'interessato**

**Tale dichiarazione va resa soltanto se la scuola informa i genitori che la classe oppure l'alunno ha richiesto di fruire dello sportello. Ogni intervento sarà sempre preventivamente comunicato alle famiglie per la necessaria autorizzazione.**

Noi sottoscritti

Cognome e nome del padre.....

Cognome e nome della madre.....

genitori dello studente..... classe.....

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato, 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:

ACCONSENTIAMO: NO - SI al trattamento dei dati sensibili di .....

necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

ACCONSENTIAMO: NO - SI che nostro/a figlio/a possa accedere al servizio di consulenza psicologica svolto dalla psicologa Dott.ssa Maria Rosaria Battagliese per l'anno scolastico 2022/20.

Data.....

Firma della madre.....

Firma del padre.....

