



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Tecnico Statale "Vittorio Veneto - Salvemini"

Viale Mazzini, 4 - 04100 Latina

Cod. Mecc. LTIS027001 Cod. Fisc. 91165890590 - Tel. (0773) 484391 - 690216 - 661083

Sito Web: vittoriovenetosalvemini.edu.it - e-mail: LTIS027001@istruzione.it - p.e.c.: LTIS027001@pec.istruzione.it

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI MINORENNI

ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO

In riferimento al progetto "Sportello d'ascolto" che coinvolgerà i ragazzi dell'Istituto di Istruzione Superiore "Vittorio Veneto – Salvemini" 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, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo eccezioni particolari).
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie aricercare 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;

I sottoscritti

COGNOME E NOME GENITORE _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

e residente a _____ (_____) in via/piazza _____

Telefono _____

COGNOME E NOME ALTRO GENITORE _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

e residente a _____ (_____) in via/piazza _____

Telefono _____

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul minore _____ che frequenta la classe _____ sez. _____

AUTORIZZANO 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 genitore _____ Firma del genitore _____



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 la Scuola secondaria di primo grado Pinetti 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 MARTA ROSSI di prestare il servizio di Sportello Scolastico 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 strumentielettronici, 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 Marta Rossi 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. Titolare e Responsabile del trattamento è la Dirigente Scolastica Prof.ssa Alessandra Morazzano

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 genitore Cognome e nome del genitore
..... genitori del minore..... classe.....

in qualità di esercenti la 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 genitore Firma del genitore.....