



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo  
PON 2014-2020

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Istituto Comprensivo Statale "Giovanni XXIII- G.Parini"  
ad Indirizzo Musicale

via Luigi Napolitano - 83022 Baiano (AV)

tel. 081/8243200 fax. 081/8212028

Cod. Fisc. 80008870646

Cod. Mecc. AVIC86600R

Sito web: [icsgiovannixxiii-gparini.edu.it](http://icsgiovannixxiii-gparini.edu.it)

email: [avic86600r@istruzione.it](mailto:avic86600r@istruzione.it)

pec: [avic86600r@pec.istruzione.it](mailto:avic86600r@pec.istruzione.it)



I. C. - "GIOVANNI XXIII - G. PARINI"- BAIANO  
Prot. 0006716 del 11/12/2020  
A-A-2 (Uscita)

## Accesso allo "Sportello d'Ascolto Psicologico"

Per dare la possibilità agli studenti dell' *Istituto Comprensivo Statale "Giovanni XXIII - G.Parini", plesso di Sperone*, 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" che coinvolgerà gli studenti della scuola si informa che la prestazione che verrà offerta allo studente è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicofisico e relazionale dello stesso.

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 affidato alla Dott.ssa **Laudanno Anna Teresa**.
- 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). I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- 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. 196/03 in merito alla cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati personali registrati

Data li

Firma

Il Dirigente scolastico  
Il Dirigente Scolastico

*dot. Vincenzo Sepola*

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO  
SCOLASTICO**

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott. **Laudanno Anna Teresa**, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania al n. 5328, (tel: 3293290408 – mail: annateresalaudanno@libero.it – PEC: annateresa.laudanno.018@psipec.it ) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito dall'**Istituto Comprensivo Statale "Giovanni XXIII - G.Parini"**, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso **la Scuola secondaria di primo grado, sede di Sperone;**

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

Lo sportello di ascolto è accessibile su appuntamento, da concordare con l'istituzione scolastica, a tutti gli alunni, alle famiglie e al personale scolastico che ne facciano richiesta secondo il calendario delle attività reso pubblico dall'Istituto scolastico

L'attività di ascolto viene effettuata seguendo il metodo del colloquio psicologico, (NON a carattere terapeutico).

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine

Il Professionista (firma) .....

**SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Laudano Anna Teresa presso lo Sportello di ascolto. Acconsento al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni elencate nell'informativa.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del  
minorenne.....  
nata a .....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e ..... residente a .....  
.....  
in ..... via/piazza  
.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Laudanno Anna Teresa presso lo Sportello di ascolto. Acconsento al trattamento dei dati sensibili del minore .....necessarie per lo svolgimento delle operazioni elencate nell' informativa.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del  
minorenne.....  
nato a .....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e ..... residente a .....  
.....  
in ..... via/piazza  
.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Laudanno Anna Teresa presso lo Sportello di ascolto. Acconsento al trattamento dei dati sensibili del minore .....necessarie per lo svolgimento delle operazioni elencate nell' informativa.

Luogo e data

Firma del padre