

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO  
SPORTELLLO ASCOLTO PSICOPEDAGOGICO**

In riferimento al progetto "SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO" che coinvolgerà i ragazzi della scuola IC MAZZARRONE-LICODIA EUBEA si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicopedagogica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personale, 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).
- gli incontri saranno condotti a scuola dalle psicologhe Nunziatina Di Quattro o Sandra Meli.
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare 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 PADRE \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_(\_\_\_\_), Via/piazza \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME MADRE \_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_(\_\_\_\_), Via/piazza \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore \_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**       **NON AUTORIZZANO**      **(Barrare la casella che interessa)**

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicopedagogico 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 PADRE \_\_\_\_\_ FIRMA DELLA MADRE \_\_\_\_\_

**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 psicopedagogica erogate presso l'ISTITUTO COMPRENSIVO MAZZARRONE-LICODIA EUBEA 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 Nunziatina Di Quattro/Sandra Meli di prestare il servizio di Sportello ascolto Scolastico al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicopedagogica breve (un massimo di tre colloqui)-

2. La modalità del trattamento potrà effettuarsi 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 dalla la Dott.ssa Nunziatina Di Quattro/Sandra Meli 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. Responsabile del trattamento è il Dirigente Scolastico

5. 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 padre.....  
Cognome e nome della madre..... 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 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 PADRE ..... FIRMA DELLA MADRE.....