

		<p>FONDI STRUTTURALI EUROPEI pon 2014-2020</p> <p>PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)</p>		<p>Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Dipartimento per la Programmazione Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale Ufficio IV</p>	
<p>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MARASSI" Piazza Galileo Ferraris 4 – 16142 GENOVA Direzione Uffici – Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado Tel. 010/8393487 – 010/811889 - e.mail: geic831009@istruzione.it – sito web: www.icmarassi.edu.it Scuola Infanzia Piazza Romagnosi – Tel. 010/8395208 - infanzia.romagnosi@icmarassi.edu.it</p>					

Comunicazione 041F Allegato

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI STUDENTI MINORENNI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO

In riferimento al progetto "Sportello psico-pedagogico" che coinvolgerà gli alunni e le alunne della Scuola Secondaria, si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza 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, costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- gli psicologi valutano ed eventualmente, se richiesto, forniscono al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- gli psicologi sono vincolati al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare sono strettamente tenuti al segreto professionale (Art. 11);
- gli psicologi possono derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli articoli 12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità giudiziaria.

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____,

nato a _____ il _____

residente a _____ (____), in via/piazza _____

telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____,

nata a _____ il _____

residente a _____ (____), in via/piazza _____

telefono _____

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul/sulla 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)

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 psicologica erogate presso la Scuola secondaria di primo grado nei confronti di minori che la frequentano. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per il dott. Pierani e la dott.ssa Buccino di prestare il servizio di Sportello Scolastico al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea degli alunni/e 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 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 dal dott. Pierani e dalla dott.ssa Buccino sotto la propria 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 Maria Orestina Onofri.

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 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.....

AL ESPAÑOL

A la Directora del Distrito

I. C. MARASSI

GENOVA

GÉNOVA, (fecha)_____

Objeto: Formularios acceso y permiso TAQUILLA psicológica

Los abajo firmantes:

padre NOMBRE_____ APELLIDOS_____, nacido en
(lugar) _____, el (fecha)_____, residente en
(lugar)_____, dirección_____, número de fijo o de
móvil_____

madre NOMBRE_____ APELLIDOS_____, nacida en
(lugar)_____, el (fecha)_____, residente en (lugar)_____,
dirección_____, número de fijo o de móvil_____

padres del alumno/a (nombre y apellidos)_____

apuntado a la clase_____

__PERMITEN al hijo dirigirse a la TAQUILLA/CONSULTORÍA psicológica si lo necesita.

FIRMA:

del padre_____

de la madre_____

PERMISO TRATO DATOS DEL\ DE LA CHICO\A

GÉNOVA, (fecha)_____

Los abajo firmantes:

padre (nombre y apellidos)_____

madre (nombre y apellidos)_____

padres del alumno (nombre y apellidos)_____

apuntado a la clase_____

leído, entendido y aceptado lo escrito antes,

_ permiten o _no permiten

al trato de los datos del chico (nombre y apellidos)_____ qué sirven
para el desarrollo del acceso a la consultoría/taquilla psicológica.

FIRMA:

padre (nombre y apellidos)_____

madre (nombre y apellidos)_____