

Al Dirigente Scolastico  
dell'IIS E. Fermi

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI STUDENTI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO SCOLASTICO.  
(DA RICONSEGNARE DEBITAMENTE FIRMATO AI DOCENTI REFERENTI )**

In riferimento al progetto "Lo psicologo a scuola" presentato con il Comunicato n.117 del 08 Gennaio 2025, considerato che:

- la prestazione offerta agli studenti è una consulenza psicologica tramite l'effettuazione di sportelli di ascolto da parte della Dott.ssa Ciotti Fiorella;
- il numero degli incontri verrà concordato con lo studente;
- la psicologa potrà avviare percorsi di gruppo in base a richieste o problematiche comuni a più ragazzi adeguatamente motivate;
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce allo studente 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 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via/piazza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME MADRE \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via/piazza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ (barrare obbligatoriamente la casella che interessa):

AUTORIZZANO

NON 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 padre \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Informativa ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento di dati personali e sensibili

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento di dati personali e sensibili 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 dell'interessato. In particolare, i dati denominati sensibili possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'alunno maggiorenne o dei genitori in caso di 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 dell'alunno interessato. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso l'IIS "E. Fermi" nei confronti degli studenti 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 Ciotti Fiorella di prestare il servizio di Sportello Scolastico agli alunni. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicologica breve.

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 dalla Dott.ssa Ciotti Fiorella 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 il Dirigente Scolastico Aldo DELPARI.

5. Diritti dell'interessato: Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui agli art. da 15 a 21 del Regolamento Europeo 2016/679 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 Regolamento Europeo 2016/679 (barrare obbligatoriamente la casella che interessa):

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.....

### In caso di studente maggiorenne, compilare la seguente dichiarazione:

Il sottoscritto: cognome e nome..... frequentante la classe ....., avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (barrare obbligatoriamente la casella che interessa):

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati sensibili del/la sottoscritto/a, necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data, .....

Firma .....