



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. CAFFARO"
Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria e Scuola Secondaria di primo grado

Via C. Bollea,3 - 10060 BRICHERASIO (TO) - Tel. 0121-59168

I.C. - "A. CAFFARO"-BRICHERASIO
Prot. 0001393 del 03/02/2021
(Uscita)

E-mail: toic84200d@istruzione.it PEC : toic84200d@pec.istruzione.it

Sito: www.iccaffarobricherasio.edu.it.

C.F. 94544620019 - C.M. TOIC84200D

AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER LO SPORTELLO D'ASCOLTO IN PRESENZA E ONLINE
ANNO SCOLASTICO 2020-2021

Gentili famiglie,

il desiderio di sostenere i nostri ragazzi nella crescita in questo particolare momento storico di pandemia ha dato vita al progetto di Sportello d'Ascolto Psicologico rivolto agli alunni, ai genitori e ai docenti.

Lo sportello sarà condotto dalla Dott.ssa Lara Giacomelli, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n. 2847, che prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto fornisce le seguenti informazioni.

- Lo Sportello d'Ascolto sarà attivo **in presenza** presso il plesso della Scuola Secondaria di Bricherasio e di Bibiana il **LUNEDI' su appuntamento**.
- Lo Sportello d'Ascolto sarà online, qualora la situazione pandemica lo renda necessario, attraverso la piattaforma Google Meet.

I colloqui non saranno registrati né in audio né in video e non saranno presenti terzi nella stanza.

La dott.ssa Lara Giacomelli dichiara di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotata di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

Per prendere appuntamento inviare una e-mail all'indirizzo sportello.ascolto@iccaffarobricherasio.edu.it

oppure inserire la richiesta nelle apposite cassetine presenti nei plessi dei tre ordini di Scuola.

Referente dell'Istituto la maestra Mariella VALLERO.

Lo sportello d'ascolto è a disposizione:

- degli alunni della Scuola Secondaria di I Grado che potranno accedervi autonomamente (previo consenso di entrambi i genitori). Per i ragazzi lo sportello d'ascolto è uno spazio di supporto psicologico, per aiutarli a gestire meglio ansie e difficoltà connesse all'emergenza in corso e, più in generale, rappresenta una opportunità di confronto e di sostegno per la crescita. I colloqui non hanno natura clinica, né terapeutica, ma esclusivamente di consulenza e orientamento, finalizzati al raggiungimento di un maggior benessere emotivo.
- dei genitori come supporto rispetto al loro ruolo parentale e alla relazione con i figli e la scuola
- degli agli insegnanti e del personale non docente

La dott.ssa Lara Giacomelli, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo <http://www.ordinepsicologi.piemonte.it>.

I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Gli interessati in qualsiasi momento potranno esercitare i diritti di cui agli articoli 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 del GDPR o inviare reclami/segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati personali rivolgersi al Titolare del trattamento inviando una e-mail ad info@fasered.it

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo

Firma



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "A. CAFFARO"
Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria e Scuola Secondaria di primo grado
Via C. Bollea,3 - 10060 BRICHERASIO (TO) - Tel. 0121-59168
E-mail: toic84200d@istruzione.it PEC : toic84200d@pec.istruzione.it
Sito: www.iccaffarobricherasio.edu.it
C.F. 94544620019 - C.M. TOIC84200D

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Lara Giacomelli presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Fornisce il Consenso

Non fornisce il consenso

Luogo e data _____

Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____

nato a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Lara Giacomelli presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Fornisce il Consenso

Non fornisce il consenso

Luogo e data _____

Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La _____ Sig.ra/Il _____ Sig. _____ nata/o _____ a _____
_____ il ___/___/_____
Tutore _____ del minore _____ in _____ ragione _____ di _____
(*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lara Giacomelli presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Fornisce il Consenso

Non fornisce il consenso

Luogo e data _____

Firma del tutore _____