

***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*

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

 *Sito:* [www.iccaffarobricherasio.edu.it](http://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 2021-2022**

Gentili famiglie,

il desiderio di sostenere i nostri bambini 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’ mattina su appuntamento** e un pomeriggio al mese
* Lo Sportello d’Ascolto potrà essere online attraverso la piattaforma Google Meet, qualora la situazione pandemica lo renda necessario e per chi lo richieda

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 cassettine presenti nei plessi dei tre ordini di Scuola o fare riferimento all’insegnante **Mariella VALLERO referente dell’Istituto**

**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).
* 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
* per interventi di osservazione nelle classi finalizzati al miglioramento delle dinamiche dei gruppi e al supporto del percorso scolastico

La dott.ssa Lara Giacomelli, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](https://www.ordinepsicologier.it/public/genpags/bigs/CodiceDeontologicoVersioneAggiornata.pdf) 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 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*

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

 *Sito:* [www.iccaffarobricherasio.edu.it](http://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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_