



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
“FRANCESCO VIVONA”
Calatafimi Segesta - Vita



C/da Santa Maria, s.n.c. - 91013 Calatafimi Segesta (TP)
Centralino: 0924 951311 - Email: tpic81300b@istruzione.it
PEC: TPIC81300B@pec.istruzione.it
Codice fiscale: 80004430817 - Codice meccanografico: TPIC81300B
www.istitutocompresivovivona.edu.it

ANNO SCOLASTICO 2024/2025
CIRCOLARE N° 49

Agli alunni della Scuola secondaria del plesso Vivona

Ai Docenti

Ai Genitori

AI DSGA

Al Sito Web

Oggetto: attivazione sportello di ascolto psicologico C.I.C. rivolto agli studenti e alle famiglie per fornire supporto nei casi di difficoltà relazionali e per prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico.

Si comunica che è attivo presso il nostro Istituto il servizio di Sportello di ascolto psicologico curato dalla Dott.ssa Brunella Barbara del SER.D di Alcamo, per fornire supporto a studenti e famiglie per le finalità indicate in oggetto. L’intervento ha lo scopo di:

1. fornire un supporto psicologico rivolto agli studenti e alle famiglie attraverso colloqui e prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;
2. migliorare l’autonomia e la motivazione all’apprendimento;
3. affrontare problematiche legate allo sviluppo evolutivo;
4. erogare consulenza per i docenti e personale scolastico e/o interventi specifici in classe (previa 5. autorizzazione dei genitori).
6. Prevenire e contrastare i fenomeni di dispersione scolastica

Il progetto prevede l’attivazione di: a) colloqui di sostegno individuale per fornire supporto per prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico; b) colloqui di sostegno individuale per la gestione degli aspetti emotivi e cognitivi anche ai fini della prevenzione della dispersione scolastica c) interventi in classe sulle analisi personali-emozionali di gruppo.

Lo sportello di ascolto è aperto agli alunni e alle famiglie due volte al mese a partire dal 18 ottobre 2024 e a seguire ogni 15 gg sempre di venerdì dalle ore 9.00 , presso i locali della sede centrale “ Francesco Vivona” di Calatafimi Segesta.

Per gli incontri individuali i genitori potranno richiedere un appuntamento, inviando una mail all'indirizzo gucciardi.caterina@istitutocomprensivovivona.edu.it.

Gli interventi di classe saranno richiesti dagli studenti singolarmente o in gruppo e prenotati rivolgendosi ai docenti di lettere delle rispettive classi. Gli stessi docenti, raccolte le richieste, le consegneranno alla Prof.ssa Caterina Gucciardi per la pianificazione del calendario degli incontri. Per l'adesione al progetto da parte degli alunni, sia per le attività rivolte a intere classi che per i colloqui individuali, è necessario il consenso informato da parte di entrambi i genitori, da formulare utilizzando il modulo allegato alla presente con allegata copia del documento di riconoscimento.

I consensi, firmati dai genitori, per gli incontri rivolti ad intere classi dovranno essere consegnati ai docenti coordinatori di classe. Il consenso e l'informativa sulle modalità di erogazione del servizio e di acquisizione, trattamento e tutela dei dati personali è pubblicata sul sito della scuola nell'apposita pagina privacy ed allegata alla presente.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Caterina Agueci

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93*

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLO SPORTELLINO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

I signori _____ e _____ in qualità di esercenti

La potestà genitoriale/tutoria dell'alunno/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ in Via/Corso/Piazza

_____ e frequentante la classe _____ presso l'I.C.

"F. Vivona" di Calatafimi Segesta, presa visione dell'informativa, di seguito allegata, in merito a obiettivi e modalità di intervento relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili,

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

NON AUTORIZZA/NON AUTORIZZANO

l'alunno/a ad accedere alle attività inerenti lo Sportello d'Ascolto qualora se ne presenti l'esigenza da parte del medesimo/a o da parte dell'Istituzione Scolastica.

Firma genitore 1 _____ Firma genitore 2 _____

Sono informati sui seguenti punti:

- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani - di seguito C.D. e al Regolamento dello Sportello d'Ascolto dell'I.C. " F. Vivona"

Nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto a entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.;

- la prestazione offerta riguarda la consulenza psicologica effettuata in presenza prevederà prevalentemente l'utilizzo dei seguenti strumenti: colloquio psicologico, osservazione, orientamento, formazione e approfondimento su tematiche specifiche al singolo, al gruppo e all'Istituzione, attività di screening, focus group, circle time e laboratori.

- la presente liberatoria ha durata per l'anno scolastico 2023/2024.

INFORMATIVA ALL' INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO NELL' ESPLETAMENTO DELL' INCARICO PROFESSIONALE RICEVUTO DAL CLIENTE

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.

2. La Dott.ssa Brunella Barbara è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico:

a. dati anagrafici, di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC.

· *Presupposto per il trattamento:*

b. dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla nostra/mia salute fisica o mentale sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami,

accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico.

· *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

Con il termine **dati personali** si intendono le categorie sopra indicate, congiuntamente considerate. Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

3. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

4. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

5. I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.

6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno resi anonimi irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

7. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:

a. dati anagrafici, di contatto : verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili e successivamente per un tempo di 10 anni;

b. dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al

perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).

8. I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:

a. dati anagrafici, di contatto: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;

b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento.

Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.

9. L'eventuale lista dei responsabili del trattamento e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.

10. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/NON FORNISCONO IL CONSENSO
in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute e dei propri dati personali per
tutte le finalità indicate nell'informativa.

Luogo e data _____

Ù

Firma genitore 1 _____ Firma genitore 2

DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI GENITORE UNICO FIRMATARIO/TUTORE

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle
conseguenze amministrative e penali per chi rilascia
dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver
effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui
agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i
genitori.

Firma _____