

**ISTITUTO COMPRENSIVO VIA MARSALA**

Via Marsala 13 – 27058 Voghera (PV)Tel. 0383- 41371 - Fax 0383 41598- C.F. 95032770182

Email: [PVIC826009@istruzione.it](mailto:PVIC826009@istruzione.it) – PEC: [PVIC826009@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:PVIC826009@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Sito web: [www. icviamarsalavoghera.gov.it](http://www.mediapascolivoghera.it/) – COD. UNIVOCO UFFICIO UF1EN5

**Prot. n. 7176/C14 Voghera, lì 02-10-2019**

**CIRCOLARE N. 84**

**AI GENITORI**

**AI DOCENTI**

**AL PERSONALE ATA**

**OGGETTO: SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO A.S. 2019/2020**

**L’ associazione “Amici di Chiara - filo di vita”** ha attivato per gli studenti, i genitori e i docenti dell’Istituto Comprensivo di Via Marsala (Scuola Primaria Leonardo da Vinci e De Amicis e scuola secondaria Pascoli e Don Orione) uno Sportello Psicologico per l’a.s. 2019/2020, attivo a cadenza settimanale a partire dal  **9 Ottobre 2019**.

Gli spazi saranno così suddivisi: il **primo e terzo mercoledì** del mese presso la scuola **Pascoli- Via Marsala 13 – Voghera**, dalle 12 alle 13 e il **secondo e ultimo mercoledì** del mese presso la scuola **Don Orione** – Via Aldo Moro n. 20 dalle 12 alle 13.

Per riservarsi uno spazio i ragazzi potranno utilizzare la cassetta della posta situate presso l'istituto, mentre per genitori e insegnati è necessariochiedere appuntamento con la psicologa **dott.ssa Parodi Michela,** iscritta all’Ordine degli Psicologi n° 11656, chiamando al numero **3496740659** oppurescrivendo una mail a [**dott.michelaparodi@gmail.com**](mailto:dott.michelaparodi@gmail.com)**.**

Le finalità dello Sportello Psicologico sono la prevenzione ed il sostegno rispetto alle tematiche scolastiche, individuali, relazionali-famigliari ed evolutive. Si propone come un’occasione di ascolto, accoglienza, riflessione e supporto nell’affrontare le diverse fasi di vita, attraverso il potenziamento delle risorse. Per la realizzazione degli obiettivi, il progetto prevede che la psicologa:

* abbia colloqui individuali, in orario scolastico/extrascolastico, presso la scuola con gli studenti, insegnanti e genitori
* possa entrare nelle classi delle scuole secondarie di primo grado, previo accordo con le insegnanti e il dirigente scolastico, per la presentazione agli studenti del progetto

Si allega il consenso informato che deve essere riportato a scuola firmato da entrambi i genitori, sia in caso di autorizzazione che in caso contrario.

Distinti saluti.

**Il Dirigente Scolastico**

**Dott.ssa Maria Teresa Lopez**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa

ai sensi dell’art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

***Consenso informato che deve essere riportato a scuola firmato da entrambi i genitori, sia in caso di autorizzazione che in caso contrario.***

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ sono/è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

2. la prestazione offerta riguarda colloqui psicologici presso l'Istituto Comprensivo di Via Marsala a Voghera, nell'ambito del progetto di sportello di ascolto psicologico;

3. la prestazione è da considerarsi ordinaria ed è gratuita;

4. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico *– (art.1 della legge n.56/1989);*

5. per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloqui psicologici;

6. la durata globale dell’intervento non è definibile a priori, si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi;

7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Parodi Michela la volontà di interruzione;

8. la dott.ssa Parodi Michela può valutare ed eventualmente proporre l’interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall’intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);

9. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati oppure all’inizio di ogni rapporto di consulenza. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l’appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all’altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.

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 Parodi Michela è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questo contratto: dati anagrafici, di contatto– informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC. *Presupposto per il trattamento:* esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio. 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 **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.

7. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti: dati anagrafici, di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili e successivamente per un tempo di **10 anni**; 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: dati anagrafici, di contatto: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l’erogazione dei servizi; 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.

11. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all’Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato***,*** nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

**A U T O R I Z Z ANO NON NON AUTORIZZANO**

Se stessi e il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la dott.ssa Parodi Michela presso lo Sportello d'ascolto psicologico.

In fede,

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firme ENTRAMBE OBBLIGATORIE**

**(genitore 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(genitore 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**