

**SPORTELLO PSICOLOGICO – Istituto d’Istruzione Superiore “ALLENDE-CUSTODI”**

MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI E PER L’AUTORIZZAZIONE ALL’EVENTUALE ACCESSO AL SERVIZIO DEGLI STUDENTI MINORENNI

Anche per quest’anno scolastico 2023/2024, sarà presente presso l’Istituto d’Istruzione Superiore “Allende-Custodi” lo **sportello d’ascolto** realizzato in collaborazione con la cooperativa sociale Metamorfosi. Gli studenti che lo desiderano o ne sentono la necessità, potranno usufruirne di persona, o se strettamente necessario online, in modo spontaneo e riservato. I colloqui non hanno finalità terapeutiche, ma sono un’occasione per esprimere, chiarire e approfondire interrogativi e difficoltà eventualmente incontrate nel corso del proprio percorso scolastico e personale.

**Lo sportello è aperto anche agli insegnanti e ai genitori: per fissare un appuntamento contattare la psicologa incaricata, dott.ssa Francesca Urciuoli, all’indirizzo mail: [psicologia.scolastica@coopmetamorfosi.it](mailto:psicologia.scolastica@coopmetamorfosi.it) o scrivere via whatsapp al numero 3701120012.**

L’accesso allo sportello per gli studenti minorenni è possibile previa autorizzazione di **entrambi** i genitori (o di chi esercita per legge la responsabilità genitoriale/tutoria). *Viene richiesto il numero di telefono e/o mail del minore per poter ricontattare lo studente in caso di chiusura della scuola o eventuali altre necessità:*

IO SOTTOSCRITTA/O.....NATO A .....IL.....

RESIDENTE A .....INDIRIZZO .....

IO SOTTOSCRITTA/O.....NATA A .....IL.....

RESIDENTE A .....INDIRIZZO .....

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 101/2018 dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della responsabilità genitoriale/tutoria nei confronti del

**MINORE:**

COGNOME E NOME .....NATO A.....IL.....

CLASSE.....CELLULARE.....MAIL.....

**AUTORIZZO**       **NON AUTORIZZO**

- l’eventuale accesso spontaneo allo spazio di ascolto psicologico da parte del figlio minore per i colloqui di consulenza psicologica breve.
- la raccolta dei dati necessari allo svolgimento delle prestazioni
- l’utilizzo dei dati esclusivamente nell’ambito e con le modalità indicate dall’informativa
- 

**Firma 1**.....

**Firma 2**.....

Data.....



## **INFORMATIVA ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 101/2018**

Gentile Signore/Gentile Signora,

desideriamo informarLa che il Regolamento europeo 2016/679 GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. La cooperativa sociale Metamorfofi tratta i dati raccolti con il presente consenso come segue.

### **FINALITA' DEL TRATTAMENTO:**

La informiamo che i dati personali e sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini della tutela della salute. Tutti i dati forniti sono direttamente ed esclusivamente connessi allo svolgimento dell'attività dello Sportello Psicologico, nonché necessari per la sua fruibilità.

### **MODALITA' DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati personali, cioè qualsiasi operazione eseguita sui dati dal momento della loro raccolta al momento della loro distruzione, potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti informatici, per un periodo di tempo non superiore a cinque anni.

Il trattamento dei dati viene effettuato nel rispetto delle norme vigenti. I dati sensibili sono protetti dal segreto professionale (articoli 11, 12, 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani).

I dati raccolti sono indispensabili all'erogazione del servizio, il genitore può richiedere la modifica dei dati anagrafici; la richiesta di cancellazione implica l'interruzione del servizio.

### **AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE**

La Cooperativa sociale Metamorfofi potrebbe dover rendere accessibili i dati sensibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, nonché a terzi qualificati solo sulla base di precisi doveri di legge.

### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Il titolare del trattamento è la Cooperativa sociale Metamorfofi.

**Firma 1**.....

**Firma 2**.....

Data.....

**INVIARE IL CONSENSO FRONTE/RETRO COMPILATO ALL'INDIRIZZO MAIL  
psicologia.scolastica@coopmetamorfofi.it**