

**Al dirigente scolastico
dell'I.C.Mattarella Bonagia**

CONSENSO INFORMATO

Il/La/ sottoscritto/a/ _____

Genitore ☐ classe di appartenenza del figlio/a _____

Insegnante/Ata ☐

affidandosi agli operatori dello sportello d'ascolto presso l'I.C.Mattarella Bonagia

È informato/a:

- che la prestazione che verrà offerta è un sostegno consulenziale finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale anche all'interno del contesto scolastico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi per avere delle informazioni utili per la relazione di supporto;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui;
- i colloqui sono ad orientamento cognitivo/ dinamico
- i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili. La titolare del trattamento è la dott.ssa Chiara Raimondi
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di consulenza e comunque strettamente legate alle finalità della relazione di sostegno.
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del dirigente scolastico;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; una volta concluso il proprio intervento, s'impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale (ad eccezione dei casi previsti dalla Legge);
- la consulenza attivata è da ritenersi gratuita per l'utenza.

(Luogo e data)

(Firma)

CONSENSO INFORMATO
Versione Minori

Il/La/i sottoscritto/a/i _____ genitore/i (o tutore)
del minore _____ affidandosi all'operatrice dello sportello di ascolto
dell'I.C.Mattarella Bonagia

È/Sono informato/i:

- che la prestazione che verrà offerta è un sostegno finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale anche all'interno del contesto scolastico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi per avere delle informazioni utili per la relazione di supporto (art.1 L.56/1989);
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui;
- i colloqui sono ad orientamento cognitivo/ dinamico e possono vedere, dove il titolare del trattamento lo ritenga opportuno, il coinvolgimento di insegnanti e genitori.
- i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili. La titolare del trattamento è la dott.ssa Chiara Raimondi
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di consulenza e comunque strettamente legate alle finalità della relazione di sostegno.
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del dirigente scolastico;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; una volta concluso il proprio intervento, s'impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale (ad eccezione dei casi previsti dalla Legge);
- la consulenza attivata è da ritenersi gratuita per l'utenza.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui i colloqui presso lo sportello d'ascolto dell'I.C.Mattarella Bonagia, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.

(Luogo e data)

(Firma)

(Firma)