


ISTITUTO COMPRESIVO ORCHIDEE

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Via delle Orchidee – 20089 – Rozzano (MI)

C.M. MIIC880008 C.F. 80144790153 C.U. UFT25G Tel. 02 8253097

e-mail: mic880008@istruzione.it pec: mic880008@pec.istruzione.it

www.icorchidee.edu.it



SPORTELLLO PSICOPEDAGOGICO 23/23

Si informano i genitori che anche quest'anno, presso I.C. Orchidee di Via Alberelle, sarà attivo lo Sportello Psicologico per studenti, tenuto dal dott.ssa Matilde Scotti

Lo Sportello Psicologico si è rivelato negli anni passati un'importante occasione per gli studenti di usufruire di uno spazio personale di ascolto e di riflessione, dove poter affrontare i diversi dubbi o curiosità che possono sorgere durante l'età dell'adolescenza.

Il servizio si svolgerà all'interno dell'edificio scolastico, durante le ore di lezione e i ragazzi potranno accedervi spontaneamente qualora ne sentissero necessità o semplice curiosità, risultando automaticamente giustificati nell'ora di lezione trascorsa allo Sportello e non in aula.

Gli argomenti trattati in sede di Sportello sono di assoluto riserbo nel rispetto della privacy e non verranno comunicati o condivisi con insegnanti o genitori, se non per esplicita richiesta dello studente interessato.

Affinché anche gli studenti minorenni possano accedere allo Sportello liberamente è necessaria l'autorizzazione di entrambi i genitori, pertanto si chiede di compilare il tagliando sottostante e di consegnarlo in Segreteria didattica, pena l'impossibilità di accedere al servizio.

Io sottoscritto (padre o tutore legale) _____

nato a _____ il _____ e

io sottoscritta (madre o tutrice legale) _____

nata a _____ il _____

genitori (o esercenti la patria parentale) dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante nell'a.s. / la classe _____

per l'intero periodo di frequenza di nostro/a figlio/a presso il

AUTORIZZIAMO

NON AUTORIZZIAMO

- l'eventuale accesso allo Sportello Psicologico offerto presso il per colloqui di consulenza psicologica breve;

- la raccolta e il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle prestazioni eventualmente richieste;

- l'utilizzo dei dati nell'ambito e con le modalità indicate nell'informativa sul trattamento dei dati personali, rilasciata ai sensi del regolamento UE 679/2016, sottoscritta e allegata alla presente.

Milano, _____

Firma del padre o tutore legale _____

Firma della madre o tutrice legale _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Modulo di consenso al trattamento e alla tutela dei dati personali e sensibili

I sottoscritti sig. _____ e sig.ra _____ genitori dell'allievo/a _____ nato/a _____ il _____ residente a _____ via _____ frequentante la classe _____ del acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi regolamento UE 679/2016, dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei confronti del minore, autorizzano la raccolta e il trattamento dei dati necessari per l'accesso allo Sportello Psicologico, condotto dallo Psicologo Dott. .

Data ___/___/___

Firme dei dichiaranti

Informativa del regolamento UE 679/2016 in materia di trattamento di dati personali e sensibili

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il regolamento UE 679/2016 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti (anche i minori) rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del minore interessato.

1. Finalità del trattamento

La informiamo che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso nei confronti di minori che frequentano il.....

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per il Dott. di prestare il servizio di Sportello di Consulenza Psicologica al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicologica breve.

2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle sopra descritte finalità.

Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dal Dott. sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale e del segreto d'ufficio.

3. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso

I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti:

- a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

4. Titolare del trattamento Dott.

5. Diritti dell'interessato

Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui agli articoli 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 del regolamento UE 679/2016 in merito alla cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati personali registrati.

Dott.