



I.I.S. "G. SALVEMINI – E. F. DUCA D'AOSTA"

Via Giusti 27, 29 - 50121 Firenze - tel. 055.2476941 – C.F. 94076170482
www.polotecnico.edu.it e-mail: fiis013003@istruzione.it info@polotecnico.edu.it
pec: fiis013003@pec.istruzione.it

Circ. n. 123

Firenze, 23 ottobre 2024

**AGLI STUDENTI
AI GENITORI
AI DOCENTI
AL PERSONALE ATA
Al sito WEB**

OGGETTO: ATTIVAZIONE DELLO SPORTELLO DI ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA PRESSO L'ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE "SALVEMINI-DUCA D'AOSTA".

Gentili Genitori, Studenti, Personale docente e non docente,
vi informiamo che a partire da lunedì 28 ottobre 2024 sarà attivo presso l'Istituto di Istruzione Superiore Salvemini Duca d'Aosta, lo Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica, aperto a titolo gratuito a studenti, genitori, docenti e personale ATA.

Lo sportello è gestito dal dott. Nicola Mariotti e dalla dott.ssa Giulia Lorenzini.

Vi ricordiamo che, affinché gli alunni minorenni possano accedere al servizio, è necessaria la compilazione del **consenso informato allegato**, scaricabile anche dal sito internet della scuola, da parte dei genitori o di chi ne fa le veci.

Gli psicologi saranno **presenti** ogni settimana a scuola nei giorni indicati di seguito.

Sarà possibile fissare un colloquio scrivendo direttamente al relativo indirizzo e-mail o tramite sms o WhatsApp.

Lo Sportello si terrà in **Aula 5** (Aula studio individualizzato) - piano terra Salvemini.

Dott. Nicola Mariotti

Riceve il martedì in orario 14.00 - 16.00 e il giovedì in orario 14.00 -16.00

Cell. 320 0571397

E-mail: dott.mariotti@gmail.com

Dott.ssa Giulia Lorenzini

Riceve il lunedì in orario 14.00 - 16.00 e il mercoledì in orario 14.00 -16.00

Cell. 334 3114986

E-mail: giulia.lorenzini@icloud.com

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Luca Stefani

(firma autografa omessa e sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c.2 d.lgs n. 39/93)



Allegato c.s.d.:



I.I.S. "G. SALVEMINI – E. F. DUCA D'AOSTA"
Via Giusti, 27/29 - 50121 Firenze tel. 055.2476941 C.F.94076170482
www.polotecnico.edu.it e-mail: fiis013003@istruzione.it info@polotecnico.edu.it
pec: fiis013003@pec.istruzione.it

CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018

OSSERVAZIONE DI CLASSE

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (____) il _____ e residente a
_____, Via/piazza _____

Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (____) il _____ e residente a
_____, Via/piazza _____

Telefono _____

vengono informati sulle attività e finalità dello Servizio di supporto Psicologico istituito presso l'IIS "G. Salvemini/E.F. Duca D'Aosta di Firenze Via Giusti n.27, rivolto ad alunni, genitori, docenti e Personale ATA. Il suddetto servizio, curato dalla Dott.ssa Giulia Lorenzini e Dott. Nicola Mariotti, Psicologi iscritti all'Ordine degli Psicologi consiste in:

1. osservazione in classe relativamente a: dinamiche di gruppo, situazioni comportamentali, difficoltà di concentrazione e di apprendimento, supporto al metodo di studio, consulenza e supporto ai docenti per lo sviluppo di strategie educative efficaci.

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____
che frequenta la classe _____ sez _____ Plesso _____

informati degli scopi e delle modalità del servizio di supporto psicologico interno all'Istituto



AUTORIZZANO



NON AUTORIZZANO

Il/La proprio figlio/a a partecipare alle osservazioni sulla classe effettuate dagli Psicologi Scolastici Dott.ssa Giulia Lorenzini e Dott. Nicola Mariotti, dando atto del fatto che la prestazione verrà effettuata nel rispetto degli articoli 15-16-17 del Codice Deontologico degli Psicologi, che consentono allo specialista di condividere con la scuola, in forma orale o telematica, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico.



AUTORIZZANO



NON AUTORIZZANO

la Dott.ssa Giulia Lorenzini ed il Dott. Nicola Mariotti, Psicologi iscritti all'Ordine degli Psicologi qualora lo ritenessero necessario, a condividere con gli insegnanti e con la scuola, i contenuti dell'osservazione effettuata e le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Luogo e Data, _____

firma del padre _____

firma della madre _____

Consenso al trattamento di dati sensibili del minore

Informativa in materia di trattamento di dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

La prestazione consiste in una consulenza psicologica; la finalità è il benessere bio-psico-sociale della persona. Ci si avvarrà dell'osservazione come strumento di conoscenza principale. La psicologa nell'esecuzione dell'incarico è tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di consulenza psicologica erogate presso l'Istituto Comprensivo.

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la psicologa di prestare il servizio di osservazione e supporto nella classe.

I dati saranno trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili:

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. In particolare, i dati denominati



sensibili (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dall'Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

2. La psicologa incaricata è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico in oggetto: dati anagrafici, di contatto, dati personali, dati relativi allo stato di salute. L'insieme dei dati professionali sono trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione.
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. Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dal DS Luca Stefani sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi 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 seguiranno i termini di legge.
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.
9. Responsabile del trattamento è il Dirigente Scolastico Luca STEFANI.
10. Sarà possibile all'interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR (come ad es. accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.



I sottoscritti

Cognome e nome del padre.....

Cognome e nome della madre.....

genitori del minore.....

classe..... plesso _____

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003:

☐ ACCONSENTONO

☐ NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) _____ necessari per

lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo e Data, firma del padre

firma della madre.....