



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “Margherita di Navarra”
Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado
VIA PAPA GIOVANNI PAOLO II - 90046 – MONREALE – PA**

**RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO
SPORTELLO D’ASCOLTO
SCUOLA I.C.S. MARGHERITA DI NAVARRA
Dr.ssa Angela Lucia Chisena**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a : _____ il _____

Chiede l’intervento di supporto psicologico

A tal fine dichiara:

- Di essere alunno/alunna attualmente frequentante la scuola **I.C.S. MARGHERITA DI NAVARRA**
- Di essere personale dipendente attualmente in servizio presso la scuola **I.C.S. MARGHERITA DI NAVARRA**
- Di essere genitore di alunno/i frequentante/i la scuola **I.C.S. MARGHERITA DI NAVARRA**, genitore dell’alunno/a _____ classe _____

Affidandosi alla psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena **dichiara** di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

che la prestazione che verrà offerta è un sostegno psicologico di tipo consulenziale, in presenza o secondo le modalità online se necessarie finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;

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;

Il titolare del trattamento é la dr.ssa Angela Lucia Chisena;

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 del professionista incaricato dalla scuola;

La Psicologa si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale. La Psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del Codice

Deontologico degli Psicologi;

I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

Al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e dal Reg UE 2016/679.

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega :

- documento di identità
- Consenso informato genitori per alunno minorenni

Luogo e data

FIRMA

Consenso dell'esercente la podestà in caso di trattamento di dati sensibili di minore

Il/la/i sottoscritto/a/i _____

Il/la/i sottoscritto/a/i _____

In qualità di genitore/i esercente/i la podestà genitoriale/tutoria su minore (o chi ne fa le veci) del minore _____

_____ classe _____ Scuola _____

Affidandosi alla psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena **dichiara** di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

- la prestazione che verrà offerta è un sostegno consulenziale in presenza o secondo le modalità online se necessarie finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui online;
- i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente; al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e dal Reg UE 2016/679. Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili.
- Il titolare del trattamento è la dr.ssa Angela Lucia Chisena;
- la psicologa dottoressa Angela Lucia Chisena si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.
- 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 del professionista incaricato dalla scuola, il quali svolgerà le suddette attività sotto la diretta supervisione del dirigente scolastico;
- la Psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi;
- I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

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 online con la Psicologa, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega :

documento di identità

(*Luogo e data*)

_____ (Firma) _____

(Firma) _____