LIBERATORIA SPORTELLO ASCOLTO

PREMESSA

In riferimento al progetto “Restiamo in contatto” che prevende l’attivazione di uno “sportello d’ascolto" che coinvolgerà alunni/genitori/docenti/personale scolastico che fanno parte dell’**I.I.S. “LUIGI CASTIGLIONI” di Limbiate (MB)**

si informa che:

- le prestazioni che saranno offerte ai fruitori di questo sportello d’ascolto non hanno carattere terapeutico, ma sono volte a fornire supporto nei casi di difficoltà relazionali, traumi psicologici, stress lavorativo al fine di prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico attraverso un colloquio “riflessivo e motivazionale”, in grado di offrire un chiarimento sui propri vissuti, aiutando a ridefinire i propri significati e a trovare nuove modalità per affrontare le difficoltà. L'approccio utilizzato è di tipo non direttivo e non interpretativo, teso alla costruzione di un rapporto cooperativo con studenti e adulti in modo che possano partecipare in maniera attiva al processo di definizione e valutazione del problema;
- il numero degli incontri con gli utenti che lo richiedono potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo casi particolari);
- l’operatore responsabile dello sportello di ascolto valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all’utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi;
- l’operatore responsabile dello sportello di ascolto è strettamente tenuto al segreto professionale;
- l’operatore responsabile dello sportello di ascolto può derogare da questo obbligo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione, nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

In allegato potete trovare il modulo per il consenso che va compilato e consegnato in segreteria.

MODULO DI CONSENSO

(Da restituire compilato e firmato alla segreteria)

Avendo letto e compreso l’informativa allegata per il servizio dello sportello d’ascolto fornito dalla **Dott.ssa Beatrice Martelli** in collaborazione con l’Istituto Scolastico I.I.S. “LUIGI CASTIGLIONI” di Limbiate (MB)

I sottoscritti genitori/esercenti la patria potestà dello/a studente/essa

nome dello/a studente/ssa: _____ Classe: _____

☐ acconsentiamo alla partecipazione di nostro/a figlio/a al servizio fornito dallo sportello ascolto.

*Nome e cognome del genitore 1 (in stampatello): _____

Data __/__/_____ Firma _____

*Nome e cognome del genitore 2 (in stampatello): _____

Data __/__/_____ Firma _____

*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, il consenso alla partecipazione all’indagine, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa. Infatti laddove per la gestione di pratiche amministrative o didattiche concernenti l’alunno risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile, il genitore che firma deve effettuare anche la seguente dichiarazione:

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Nome e cognome del genitore (in stampatello): _____

Data __/__/_____ Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Regolamento UE 679/16 in materia di trattamento di dati personali "particolari"

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il Regolamento UE 679/16 "GDPR" 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.
In particolare, i dati personali "particolari" possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO
La informiamo che i dati e le informazioni acquisite 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 I.I.S. "LUIGI CASTIGLIONI" nei confronti di minori che frequentano la stessa.
Il consenso al trattamento dei dati è necessario per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Dott.ssa Monica Ferrari di prestare il servizio di Sportello Scolastico al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e che i colloqui non hanno carattere terapeutico.

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 dalla **Dott.ssa Monica Ferrari** sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

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. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE
Il Titolare del trattamento è I.I.S. "LUIGI CASTIGLIONI" con sede legale in Via Garibaldi 115, 20812 Limbiate (MB), Tel. 02 9965595 Mail: mbis073006@ISTRUZIONE.it, PEC: mbis073006@PEC.istruzione.it nella persona del suo legale rappresentante **Prof.ssa Maria Grazia Di Battista**.

5. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL RDP/DPO (RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI/DATA PROTECTION OFFICER)
Il responsabile della protezione dei dati è Ing. Antonio Bove i cui contatti sono: Tel. 339 7775992, Mail: privacy@OXFIRM.it, PEC: antonio.bove@ORDINGCE.it.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO
Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento nella Sua qualità di interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 del GDPR in merito alle operazioni di trattamento dei dati personali (cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, etc.)

I sottoscritti:
Cognome e nome del genitore 1 _____

Cognome e nome del genitore 2 _____

genitori del minore _____ classe _____

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 Regolamento UE n. 2016/679

☐ ACCONSENTONO

☐ NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali di (nome del minore) _____
necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data ____/____/_____

Firma del genitore 1 _____

Firma del genitore 2 _____