

# ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "I.P.C. MANFREDI - I.T.C. TANARI"

Viale Felsina, 40- 40139 Bologna Tel. 051/6039611 - Fax 051/6011006 - C.F. 91200880374 e-mail:BOIS01600C@istruzione.it - pec:BOIS01600C@pec.istruzione.it sito web: www.manfreditanari.edu.it

# MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'EVENTUALE ACCESSO AL SERVIZIO DEGLI <u>STUDENTI</u> MINORENNI

Nell'anno scolastico 2020/2021 sarà presente presso l'Istituto Manfredi Tanari uno *Sportello d'ascolto psicologico* rivolto agli studenti e ai genitori.

Gli studenti che lo desiderano o ne sentono la necessità, potranno usufruire in modo spontaneo e riservato di colloqui con la **Psicologa Elena Zunelli.** 

Vista la peculiarità del momento che stiamo attraversando e le restrizioni sanitarie poste in essere, i colloqui dello Sportello d'Ascolto con la dott.ssa Elena Zunelli saranno realizzati a distanza, in modalità on line. Il servizio on line si avvarrà delle stesse strumentazioni utilizzate dalla scuola per la didattica a distanza. La modalità di colloquio on line verrà monitorata dalla psicologa al fine di valutare l'efficacia dell'intervento e quindi se proseguirlo nel tempo.

I colloqui non hanno finalità terapeutiche, ma sono un'occasione per esprimere, chiarire e approfondire interrogativi e difficoltà eventualmente incontrate nel corso del proprio percorso scolastico e di vita personale.

L'accesso allo Sportello per gli studenti minorenni è possibile previa autorizzazione dei genitori, che deve essere inviata a <u>psicologa@manfreditanariedu.it</u>:

| Genitore 1/affidatario 1                                                                                                                                                                                                                                                                   | Genitore 2/affidatario 2                        |                                         |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Nato/ail//<br>Genitori/affidatari dell'alunno/a                                                                                                                                                                                                                                            | Nato/a                                          | il/                                     |  |  |  |  |  |
| Nato/a il/a                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                         |  |  |  |  |  |
| Frequentante la classe                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                         |  |  |  |  |  |
| Letta, compresa e accetta l'informativa allegata,<br>AUTORIZZANO □                                                                                                                                                                                                                         | 1 0                                             | •                                       |  |  |  |  |  |
| L'alunno/a_d'ascolto svolto dalla psicologa Dott.ssa Zunelli                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |  |  |  |  |  |
| In caso di firma di un Solo Genitore/tutore/affidatario: "Il/La sottoscritto/a conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veri rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla che richiedono il consenso di entrambi i genitori". | tiere, di formazione o uso di atti falsi, ai se | ensi del DPR 245/2000, dichiara di aver |  |  |  |  |  |
| Firma genitore 1 /affidatario 1                                                                                                                                                                                                                                                            | Firma genitore 2 /affic                         | datario 2                               |  |  |  |  |  |
| Bologna,                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                         |  |  |  |  |  |

## ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "LP.C. MANFREDI - LT.C. TANARI"



Viale Felsina, 40- 40139 Bologna Tel. 051/6039611 - Fax 051/6011006 - C.F. 91200880374 e-mail:BOIS01600C@istruzione.it - pec:BOIS01600C@pec.istruzione.it sito web: www.manfreditanari.edu.it

#### Informativa sul servizio Sportello di Ascolto

L'obiettivo dello sportello d'ascolto è quello di creare un punto di riferimento all'interno della scuola che si rivolge sia agli studenti per supportarli nel loro percorso di crescita, alle loro famiglie e ai docenti per supportarli nel loro lavoro educativo.

La prestazione si configura come **attività di consulenza**, è infatti esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "terapia": la funzione dello sportello d'ascolto psicologico è quella di **promuovere il benessere scolastico e prevenire forme di disagio più strutturate**.

Si precisa che la psicologa è vincolata al rispetto del **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani**, in particolare è strettamente tenuto al **Segreto Professionale** (art. 11). La psicologa può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del richiedente o salvo ben specifiche disposizioni di legge in situazioni eccezionali.

Si informa che il Regolamento UE 2016/679 – 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 (*ex* art 8 e art. 13 GDPR). In particolare, i dati denominati sensibili e la tutela prevista per i minori stabilisce che il consenso è prestato o autorizzato dal/dai titolare/i della responsabilità genitoriale (*ex* art. 8 GDPR) e possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore.

#### 1. Finalità del trattamento

I dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore (ex artt. 8, 12 e 13 GDPR). I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate a distanza in modalità on line avvalendosi della strumentazione tecnologica concordata con la scuola nei confronti di minori che frequentano la stessa. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per il minore di rivolgersi allo Sportello Scolastico. 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 dalla dott.ssa Zunelli sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

|  | 3. <i>F</i> | Ambı | to c | li comunicazione | e | diffusione | dei | da | ti in | nost | ro | 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 e Responsabile del trattamento è la dott.ssa Zunelli.
- ☐ 5. Diritti dell'interessato

In qualunque momento si potranno esercitare i diritti di rettifica di cui all'art. 16 GDPR e il diritto alla cancellazione di dati personali senza ingiustificato ritardo previsto dall'art. 17 GDPR.