



ISTITUTO SUPERIORE DI ISTRUZIONE SECONDARIA "A. VOLTA"

81031 - AVERSA Via dell'Archeologia, 78/80 Tel. Segreteria 081/5026078 fax 081/0083959
Distretto Scolastico n.15 - C.F. 81001090612 - Cod. Mecc. CEIS03700T
e-mail CEIS03700T@istruzione.it - sito www.isisvoltaaversa.it

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE - "A VOLTA" - AVERSA
Prot. 0009038 del 30/09/2021
C-26 (Uscita)

Agli operatori scolastici
Alle famiglie
Agli studenti e alle studentesse
Sito web

Oggetto: Orari e modalità sportello di ascolto - supporto psicologico

Lo sportello ha come destinatari operatori scolastici, genitori e alunni. Con la presente si comunica che, a partire da lunedì 4 ottobre 2021, lo sportello di ascolto - supporto psicologico - funzionerà in presenza il:

- Lunedì, dalle 10:00 alle 12:00.
- Mercoledì, dalle 15:00 alle 17:00.

Per accedere allo Sportello è necessario prenotarsi compilando l'allegato A, in tutte le sue parti, e presentarlo o inviarlo all'indirizzo di posta elettronica dott.alessio.pescara@isisvoltaaversa.it.

Al predetto indirizzo di posta elettronica, è possibile comunicare, in via eccezionale, richieste di variazioni dell'orario di ascolto.

Sarà possibile, in specifiche circostanze e su richiesta esplicita degli utenti, svolgere gli incontri a distanza tramite la piattaforma G-suite.

Gli studenti e le studentesse minorenni potranno accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico soltanto con il consenso dei propri genitori/tutori (come previsto dall'art. 31 del Codice Deontologico degli Psicologi), i quali potranno esprimersi in merito, compilando un apposito modulo (allegato B).

Per gli utenti maggiorenni (personale della scuola, docenti, genitori) sarà necessario compilare un modulo di consenso informato prestampato.

Tutta la modulistica sarà custodita dallo psicologo.

Si ricorda, infine, che il contenuto degli incontri è protetto dal segreto professionale secondo quanto previsto dall'art. 622 del c.p.

Si allegano:

- Allegato A (Richiesta supporto psicologico)
- Allegato B (Consenso informato e trattamento dei dati personali).

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Avv. Simona Sessa

Documento firmato digitalmente ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

Oggetto: RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO (per ALUNNI MINORENNI)

La Sig.ra _____, madre del minorenni alunno _____
nata a _____ il _____
e residente a _____ in via/piazza _____
e-mail _____ cell. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dall'istituzione scolastica in merito allo sportello psicologico e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché la/il figlia/o possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessio Pescara, psicologo iscritto all'Albo dell'ordine psicologi della Regione Campania, individuato a seguito Avviso pubblico per lo svolgimento dello Sportello di ascolto istituito dalla scuola ISIS "A.Volta" di Aversa nell'a.s. 2020/21. Con la presente, altresì, autorizza al consenso al trattamento dei dati per la sola finalità per cui lo stesso viene reso, quindi senza fini ulteriori rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. _____, padre del minorenni alunno _____
nata a _____ il _____
e residente a _____ in via/piazza _____
e-mail _____ cell. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dall'istituzione scolastica in merito allo sportello psicologico e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché la/il figlia/o possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessio Pescara, psicologo iscritto all'Albo dell'ordine psicologi della Regione Campania, individuato a seguito Avviso pubblico per lo svolgimento dello Sportello di ascolto istituito dalla scuola ISIS "A.Volta" di Aversa nell'a.s. 2020/21. Con la presente, altresì, autorizza al consenso al trattamento dei dati per la sola finalità per cui lo stesso viene reso, quindi senza fini ulteriori rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.

Luogo e data

Firma del padre

CONSENSO INFORMATO PER I MINORI

Io sottoscritto _____,

nata o _____ il _____

e residente a _____ in via/piazza _____

Io sottoscritta _____,

nata a _____ il _____

e residente a _____ in via/piazza _____

prima di ottenere l'intervento da parte dello psicologo dott. Alessio Pescara in favore del minore

_____ nato a _____

Il _____ sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per migliorare il benessere psicologico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Informati di tutto ciò , accettiamo che il minore suddetto fruisca della prestazione concordata con il dott. Alessio Pescara iscritto all'Ordine degli Psicologi della Campania.

Luogo e data.....

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE _____

FIRMA DELLA PADRE LEGGIBILE _____

In allegato, si trasmettono le copie dei documenti di riconoscimento di entrambi i genitori

RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO (per ALUNNI SOTTO TUTELA)

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il___/___/_____ Tutore del minorenne..... in ragione di
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
.....
residente a
in via/piazzan.....
e-mail _____ cell. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dall'istituzione scolastica in merito allo sportello psicologico e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché l'alunno/a _____ a lui/lei affidato/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessio Pescara, psicologo iscritto all'Albo dell'ordine psicologi della Regione Campania, individuato a seguito Avviso pubblico per lo svolgimento dello Sportello di ascolto istituito dalla scuola ISIS "A.Volta" di Aversa nell'a.s. 2020/21. Con la presente, altresì, autorizza al consenso al trattamento dei dati per la sola finalità per cui lo stesso viene reso, quindi senza fini ulteriori rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.

Luogo e data

Firma del tutore

RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO (per ADULTI - GENITORI - PERSONALE SCOLASTICO)

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ____/____/____ in qualità di (genitore / docente / personale ATA)
.....
residente a
in via/piazzan.....
e-mail _____ cell. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dall'istituzione scolastica in merito allo sportello psicologico e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso per accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessio Pescara, psicologo iscritto all'Albo dell'ordine psicologi della Regione Campania, individuato a seguito Avviso pubblico per lo svolgimento dello Sportello di ascolto istituito dalla scuola ISIS "A.Volta" di Aversa nell'a.s. 2020/21.

Con la presente, altresì, autorizza al consenso al trattamento dei dati per la sola finalità per cui lo stesso viene reso, quindi senza fini ulteriori rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.

Luogo e data

Firma del genitore/docente/ATA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n. 196, del GDPR 679/2016 e del D.Lgs. 101/2017, sono stato altresì informato dal dott. Alessio Pescara che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento l'intervento richiesto strettamente inerente alla sua attività di psicologo
2. Il trattamento dei miei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche
3. I dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza
4. I dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto
5. Ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati
6. Il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare all'intervento
7. Il titolare del trattamento è: _____

Preso visione della presente informativa, attestiamo il nostro libero consenso al trattamento dei nostri dati personali.

Luogo e data

Firma

Per i minori

FIRMA DELLA MADRE _____

FIRMA DEL PADRE _____