



## ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI SAN FIOR (TV)

Via I. Mel, 8 31020 San Fior (TV) - Tel. 0438 76077

C.F. 82003430269 C. M. TVIC846005

[www.icsanfior.edu.it](http://www.icsanfior.edu.it) e-mail [tvic846005@istruzione.it](mailto:tvic846005@istruzione.it) PEC: [tvic846005@pec.istruzione.it](mailto:tvic846005@pec.istruzione.it)

### **CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PSICOLOGICA NEL CONTESTO SCOLASTICO**

Prima di rendere le prestazioni professionali relative all'attivazione del servizio di supporto psicologico presso l'Istituto Comprensivo di San Fior si forniscono le seguenti informazioni sulle attività e finalità del progetto "Prevenzione al bullismo e cyberbullismo":

Il suddetto servizio è curato- per conto ed onere dell'istituzione - dalla dottoressa Luisa Lanner Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 12392, contattabile all'indirizzo email: [scollegaticonegliano@gmail.com](mailto:scollegaticonegliano@gmail.com) e al numero di cell.: **3517936575**.

- a. Tipologia di intervento offerto: Sportello Psicologico, uno spazio di consulenza psicologica per genitori e studenti (questi ultimi solo della scuola secondaria di I grado) dell'Istituto Comprensivo di San Fior e di Godega S.U.
- b. Modalità organizzative:
  - Modalità d'accesso: i genitori, potranno accedere al servizio di Sportello Psicologico inviando la loro richiesta via mail all'indirizzo: [scollegaticonegliano@gmail.com](mailto:scollegaticonegliano@gmail.com). Verranno contattati dalla professionista per concordare data, orario e luogo del colloquio. Gli studenti della scuola Secondaria di I grado continueranno ad accedere spontaneamente allo Spazio Ascolto già esistente nell'Istituto. Saranno gli insegnanti di classe, valutando le necessità dell'alunno/a ad inviarlo, previo consenso dei genitori e del ragazzo/a, allo Sportello specialistico con la psicologa. Oppure saranno gli stessi genitori a richiedere alla professionista un supporto psicologico per il figlio/a. La psicologa incontrerà i genitori prima di intraprendere il percorso con l'alunno/a. Al primo colloquio dello Sportello Psicologico il diretto interessato dovrà consegnare alla psicologa tale consenso informato debitamente compilato e firmato; nel caso degli studenti sarà firmato dai genitori o da chi ne detiene la responsabilità genitoriale/tutela.
  - Le consulenze saranno rese in presenza, presso i plessi dell'istituto comprensivo di San Fior e di Godega S.U.
- c. Finalità degli interventi: la prestazione è finalizzata al prendersi cura del benessere psicologico ed in particolare ha l'obiettivo di affrontare le dipendenze digitali e il cyberbullismo.
- d. Durata: il numero degli incontri potrà variare in base al motivo della richiesta di consulenza e valutato caso per caso. I colloqui hanno una durata di 45/60 minuti. Il servizio sarà attivo dal 02/11/2023 al 29/02/2024.
- e. Limiti:
  - I servizi proposti non costituiscono attività di diagnosi, riabilitazione o terapia. La psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all'utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani).
  - Durante la consulenza non saranno presenti vicino all'utente e allo psicologo altre persone, avverrà per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati.
  - L'utente si impegna a non effettuare alcun audio e/o videoregistrazione delle sedute in assenza di specifico ed espresso consenso da parte del professionista, questo vale anche per il professionista nei confronti dell'utente.
  - Il professionista non è responsabile in nessun modo dell'uso fraudolento ed illecito dei dati digitali riferiti alle presenti attività e dei propri servizi che possa essere fatto da parte di terzi.



## ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI SAN FIOR (TV)

Via I. Mel, 8 31020 San Fior (TV) - Tel. 0438 76077

C.F. 82003430269 C. M. TVIC846005

[www.icsanfior.edu.it](http://www.icsanfior.edu.it) e-mail [tvic846005@istruzione.it](mailto:tvic846005@istruzione.it) PEC: [tvic846005@pec.istruzione.it](mailto:tvic846005@pec.istruzione.it)

- In qualsiasi momento si potrà decidere di recidere il rapporto con il professionista comunicando tale volontà di interruzione al professionista.
- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologiveneto.it](http://www.ordinepsicologiveneto.it), in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11). La psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.
- I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello Psicologico, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

LA PSICOLOGA  
Dott.ssa Luisa Lanner

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Loredana Buffoni



Firmato digitalmente Loredana BUFFONI



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SAN FIOR (TV)**

Via I. Mel, 8 31020 San Fior (TV) - Tel. 0438 76077

C.F. 82003430269 C. M. TVIC846005

[www.icsanfior.edu.it](http://www.icsanfior.edu.it) e-mail [tvic846005@istruzione.it](mailto:tvic846005@istruzione.it) PEC: [tvic846005@pec.istruzione.it](mailto:tvic846005@pec.istruzione.it)

**LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

=====

**STUDENTI SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

**e**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

**Genitori** dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista nel consenso informato allegato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Luisa Lanner.

**Consenso al Trattamento dei Dati Personali**

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

*Firme dei genitori* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

=====



# ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI SAN FIOR (TV)

Via I. Mel, 8 31020 San Fior (TV) - Tel. 0438 76077

C.F. 82003430269 C. M. TVIC846005

[www.icsanfior.edu.it](http://www.icsanfior.edu.it) e-mail [tvic846005@istruzione.it](mailto:tvic846005@istruzione.it) PEC: [tvic846005@pec.istruzione.it](mailto:tvic846005@pec.istruzione.it)

## **GENITORI**

Il/La/I sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

cel \_\_\_\_\_

Genitore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe

\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

dichiara/no di aver compreso quanto illustrato dal professionista nel consenso informato allegato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Luisa Lanner.

### **Consenso al Trattamento dei Dati Personali**

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

=====

## **PERSONE SOTTO TUTELA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe

\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data, numero)

Dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista nel consenso informato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Luisa Lanner.

### **Consenso al Trattamento dei Dati Personali**

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_