**Al Dirigente Scolastico**

I.I.S.S. “Galileo Ferraris”

La/Il sottoscritta/o ………………………………………………………………………………………, Genitore (esercitante la potestà genitoriale) dell’Alunna/o ……………………………………………… frequentante, nell’a.s. 2023/2024, la Classe ……… sez. …………, preso atto del servizio “Sportello CIC”

**NON AUTORIZZA**

la/il propria/o figlia/o ad accedere ai servizi dello sportello CIC, curato dal Dott.re Capizzi Paolo, psicologo dell’ASP di Acireale.

Acireale, ……/……/…………

…………………………………………………

(Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale)

# CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO PER I MINORI

(ai sensi del “Codice deontologico degli Psicologi Italiani”)

In riferimento al servizio “Sportello CIC” istituito presso l’I.I.S.S. “Galileo Ferraris,” si informa che:

1. la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico;
2. a tal fine, verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio;
3. gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano l’ascolto, la prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale, il potenziamento del benessere psicofisico, orientamento;
4. lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare, è strettamente tenuto al segreto professionale (Art.11) e agli obblighi di legge previsti (art.13).

# Informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”)

I dati personali sono trattati in modo lecito, secondo correttezza e con adozione di idonee misure di protezione.

Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all’attività dello spazio di ascolto.

I dati in nessun caso vengono comunicati a soggetti privati senza il preventivo consenso scritto dell’interessato.

Si potrebbe dover rendere accessibili i dati che vi riguardano alle Autorità sanitarie e/o giudiziarie, nonché a terzi qualificati solo sulla base di precisi doveri di Legge.

In ogni momento l’interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.

# Dichiarazione di consenso ai fini dell’art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

Preso atto dell’informativa allegata al presente modulo ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo

n. 196 del 30 giugno 2003, “Codice in materia di protezione dei dati personali,” la/il sottoscritta/o, padre / madre ................................................................................., in qualità di esercente la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore, esprime il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del figliolo minore) .................................................... necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell’informativa.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

----------------------------------------------