



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

ISTITUTO COMPRENSIVO NORD 1 - BRESCIA

Via Zadei, 76 - 25123 BRESCIA - Tel. 030391780 - C.F. 98156990172

Sito web www.icnord1brescia.edu.it Email bsic88300n@istruzione.it Pec bsic88300n@pec.istruzione.it

Circ. n. 175 - A.S. 2023/24

Brescia, 10 gennaio 2024

Ai genitori Scuola Secondaria di 1° grado

Ai docenti

Alla Dsga

Al personale Ata

IC NORD1

Agli ATTI

OGGETTO: ATTIVAZIONE SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Gentili genitori,

siamo a comunicarvi che anche per l'anno scolastico 2023/2024 il nostro Istituto, in collaborazione con il Comune di Brescia e la Cooperativa "LA VELA", attiverà all'interno della scuola lo **Sportello d'ascolto psicologico rivolto agli studenti** per supportarli nel loro percorso di crescita. Questo progetto offre un contributo efficace alla promozione del benessere dei ragazzi e al compito educativo che questa scuola si assume nei confronti dei propri studenti, anche in supporto alla genitorialità.

Lo sportello sarà condotto dallo **Psicologo Dott. Michele Grizzi** nella giornata di martedì.

L'accesso **gratuito** avverrà su **richiesta dei singoli studenti** e sarà regolamentato dalla scuola presso la **sede di frequenza**.

Nel rispetto del Vostro ruolo chiediamo il **Vostro consenso** affinché i vostri figli possano utilizzare lo sportello d'ascolto rivolgendosi autonomamente allo psicologo.

Pertanto, Vi chiediamo di compilare i 2 moduli sottostanti e di farli pervenire al coordinatore di classe entro **lunedì 15/01/2024**.

La Dirigente scolastica

Dott.ssa Claudia Marchi

Tagliare lungo la linea e consegnare al coordinatore di classe

SPORTELLLO D'ASCOLTO

PER I GENITORI: compilare il modulo e consegnarlo al docente coordinatore **entro lunedì 15/01/2024**

Il/la sottoscritto/a _____ genitore di

_____ classe _____ sezione _____

☐ CONSENTE

☐ NON CONSENTE

al proprio figlio/a di accedere allo sportello d'ascolto.

Firma (entrambi i genitori)

Firmato digitalmente da CLAUDIA MARCHI

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA RIVOLTA A MINORI E FAMIGLIE CON MINORI

Il/la sottoscritto/a *(di seguito indicare i dati del genitore/tutore)*

nato/a a _____ il _____

residente a _____, in via _____

codice fiscale _____

Il/la sottoscritto/a *(di seguito indicare i dati dell'altro genitore/tutore)*

nato/a a _____ il _____

residente a _____, in via _____

codice fiscale _____

Sono informati da La Vela – società Cooperativa Sociale – Onlus sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; nello specifico, per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale;
2. la prestazione offerta riguarda Servizio di coordinamento, gestione e reportistica circa l'ascolto e il supporto psicologico per gli studenti delle scuole secondarie di primo grado cittadine, periodo gennaio – giugno 2024
3. la prestazione è finalizzata ad attività di ascolto psicologico rivolto a minori volta a promuovere il benessere all'interno del contesto scolastico e di migliorare la qualità della vita di studenti, insegnanti e genitori.
4. saranno utilizzati prevalentemente strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e promozione della salute in ambito psicologico, ad esempio psico-educazione e colloqui;
5. la durata effettiva del servizio sarà 6 mesi, lo psicologo sarà presente a cadenza settimanale per la secondaria di primo grado;
6. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto professionale;
7. le prestazioni concordate non comportano costi a vostro carico.

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **TRATTAMENTO DEI DATI ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 101/2018**

1. Il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. **Titolare del trattamento:** è La Vela Società Cooperativa Sociale – Onlus con sede in Nave, via S. Francesco n. 2-2A – CAP 25075 – CF: 01975600170
3. **Quali dati trattiamo e modalità di trattamento:** Trattiamo i vostri personali e quelli dei vostri figli minori nell'ambito delle attività e dei progetti psicosociali e psicoeducativi quali dati comuni, recapiti di contatto, dati particolari (forniti nel corso degli incontri attraverso le attività, strumenti e questionari proposti). I dati personali da voi forniti, ivi inclusi i dati personali dei vostri figli, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza. Tali dati verranno trattati sia con strumenti cartacei che informatici o su ogni altro supporto idoneo, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal GDPR.
4. **Dove raccogliamo i vostri dati personali e su quale base giuridica:** I dati personali vengono raccolti direttamente da voi, nel momento in cui sottoscrivete il modulo di autorizzazione e liberatoria, e durante la partecipazione di vostro figlio/a alle attività e progetti proposti e ci assicuriamo che i vostri dati vengano trattati secondo il più stretto principio di pertinenza e non eccedenza. Il conferimento dei vostri dati è facoltativo.
5. **Modalità di trattamento dei dati:** I dati personali forniti verranno trattati con strumenti manuali, informatici sia su supporti cartacei che informatici, nonché su ogni altro tipo di supporto idoneo, con logiche strettamente correlate alle finalità e nel rispetto della sicurezza; non saranno trasferiti fuori dall'Ue. I questionari e il materiale prodotto verranno conservati in appositi spazi accessibili a personale autorizzato.
6. **Finalità del Trattamento:** Il trattamento è finalizzato alla realizzazione dei progetti ed attività nell'ottica di promuovere il benessere psicologico, la resilienza, la creatività e una maggiore sensibilizzazione della comunità ed i dati verranno trattati per le finalità connesse e strumentali al progetto.
7. **Obbligatorietà o meno del consenso:** Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato dei genitori.
8. **Durata della conservazione:** I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.
9. **Comunicazione dei dati:** All'interno del nostro Ente possono venire a conoscenza dei vostri dati personali, i dipendenti, gli associati, i collaboratori a qualsiasi titolo (per es.: personale, tirocinanti, stagisti) ed in particolare gli psicologi che si occupano della gestione e realizzazione del progetto
10. **Diritti:** Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018:
 - a. diritto di accedere ai dati personali,
 - b. diritto di rettificare o cancellare o limitare od opporsi al trattamento dei dati personali,
 - c. diritto di revocare il proprio consenso,
 - d. diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo.

Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia, è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati (Garante per la protezione dei dati personali, www.garanteprivacy.it).

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore (**di seguito indicare i dati del minore**)

nata/o a _____ il _____ residente a _____
_____ in via _____
codice fiscale _____

Firmato digitalmente da CLAUDIA MARCHI



avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

● **FORNISCE/FORNIAMO IL CONSENSO**

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

● **FORNISCE/FORNIAMO IL CONSENSO**

Luogo e data_____

Firma padre/tutore _____

Firma madre/tutore_____

