

## **SPORTELLO per il Centro di Informazione e di Consulenza (C.I.C.)**

### **CONSENSO INFORMATO**

a.s.. 2019/2020

Il Dirigente Scolastico informa che presso il nostro Istituto è attivo lo SPORTELLO di CONSULENZA C.I.C. rivolto a genitori, docenti e alunni.

L'attività è condotta e declinata tenuto conto dei relativi e specifici percorsi formativo-professionali, dalla dott.ssa Cecilia Fabbri (Pedagogista), dott.ssa Laura Remaschi (Psicologa) e dott.ssa Patrizia Renzoni (*Advanced Counselor* che è anche responsabile della commissione C.I.C.).

Le attività per il corrente anno scolastico potranno prevedere incontri individuali o in classe sul metodo di studio, sulla comunicazione, sulla prevenzione del disagio e la promozione del benessere per gli adolescenti e di sostegno alla genitorialità.

**Come possono essere prenotati gli incontri individuali sia che i soggetti interessati siano studenti, genitori, docenti)?**

Scrivendo UNA EMAIL per la richiesta del primo colloquio a

[patrizia.renzoni@istitutogk.it](mailto:patrizia.renzoni@istitutogk.it)

la richiesta verrà inoltrata ad uno dei tre professionisti sopra indicati.

L'orario dei colloqui può essere scelto sia in orario scolastico oppure di pomeriggio, fuori dall'orario scolastico.

Si allegano i Consensi Informati per i minori.

# CONSENSO INFORMATO *COUNSELING* E ATTIVITÀ PEDAGOGICA PER I MINORI ANNO SCOLASTICO 2019/2020

Io sottoscritto, padre, sig. \_\_\_\_\_

Io sottoscritta, madre sig.ra \_\_\_\_\_

in qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale,

## SIAMO INFORMATI

- che le prestazioni che verranno offerte sono un *counseling* professionale e/o una consulenza pedagogica (e non un intervento psicologico né medico né psicoterapeutico), i cui strumenti principali di intervento sono la relazione, l'ascolto, la comunicazione e strumenti orientati alla progettazione di obiettivi possibili in ambito personale, di studio ed educativo nelle relazioni genitori-figli;
- che la durata globale e il numero degli incontri non sono definibili aprioristicamente e che verrà stabilito in base alle necessità e alla disponibilità di ore programmate a inizio anno scolastico;
- che il rapporto di consulenza potrà essere interrotto in qualsiasi momento;
- che qualora si rilevasse la necessità di un intervento specifico per il minore, potranno essere proposte figure professionali di riferimento specifiche o servizi sul territorio;
- che il trattamento dati è improntato ai principi della correttezza, lealtà e trasparenza e viene garantita la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs101/2018 e regolamento UE 679/2016).

La/Il/I sottoscritta/o/i in qualità di genitore/i di .....,  
avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentono che il minore  
suddetto effettui il colloquio/percorso di *counseling* e/o pedagogico che la dott.ssa  
Cecilia Fabbri e la dott.ssa Patrizia Renzoni riterranno opportuno, ovvero incontri  
individuali e/o congiunti a uno o a entrambi i genitori, impegnandosi a collaborare al  
meglio delle proprie possibilità e attestiamo il nostro libero consenso al trattamento  
dei dati personali.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# CONSENSO INFORMATO *COUNSELING* PSICOLOGICO PER I MINORI ANNO SCOLASTICO 2019/2020

Io sottoscritto sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Io sottoscritta sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
prima di ottenere prestazioni professionali da parte del/la dottore/ssa.  
\_\_\_\_\_ in favore del minore \_\_\_\_\_ nato/a 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;
- lo strumento principale di intervento saranno il colloquio clinico;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento potremo interrompere il percorso di sostegno. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicheremo al terapeuta la volontà di interruzione, rendendoci disponibili, a nostro insindacabile giudizio, a far effettuare un ultimo incontro tra il terapeuta e il minore finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- 

Informato/a di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della alla prestazione concordata con

La dott.ssa Remaschi Laura iscritto all'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero 2971

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 101/2018 e regolamento UE 679/2016, sono stato altresì informato dal dr./dr.ssa

\_\_\_\_\_ che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo e psicoterapeuta<sup>§</sup> per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. i dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo<sup>§</sup> e potranno essere trattati anche da terzi<sup>§</sup>: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
3. 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;
4. 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;
5. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
6. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento terapeutico. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;
7. il titolare del trattamento è\*: .....
8. il responsabile del trattamento (se diverso dal titolare) è: .....

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

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### *Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.*

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) 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;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.