

Sportello di ascolto e sostegno psicologico

Servizio gratuito di sportello d'ascolto rivolto agli alunni del Liceo "XXV Aprile"

Il Servizio rappresenta uno spazio di ascolto e accoglienza in cui poter affrontare eventuali difficoltà che possono normalmente insorgere durante la crescita e l'adolescenza. Verranno fatte emergere le risorse di ogni studente, allo scopo di promuovere il benessere emotivo e psicologico.

E' una grande opportunità per affrontare problematiche legate all'insuccesso, alla dispersione scolastica, al bullismo, o ancora tipicamente connesse al periodo dell'adolescenza, come difficoltà a scuola, con la famiglia o con il gruppo dei pari.

Lo psicologo è un professionista tenuto al segreto professionale, non fa diagnosi e non cura, ma aiuta a individuare i problemi e le possibili soluzioni.

In sintesi, l'attivazione di questo Servizio sarà un'occasione per i ragazzi:

- di ascolto
- di accoglienza e accettazione
- di sostegno alla crescita
- di orientamento
- di informazione
- di gestione e risoluzione di problemi/conflitti.

Lo sportello di ascolto sarà attivo il **martedì** e il **mercoledì** pomeriggio, dal 30 gennaio al 30 maggio, con **orario 13:45 – 15:45**. Solo su specifica richiesta è possibile inoltre prevedere degli incontri il venerdì pomeriggio, con il medesimo orario.

Ogni incontro avrà una **durata massima di 50 minuti** e sarà possibile accedervi solamente tramite prenotazione, da effettuarsi almeno 3 giorni prima al seguente indirizzo e-mail **psicologa.lisaribechini@gmail.com** o al seguente numero telefonico **333/4318772**.

IMPORTANTE

Per dare la possibilità agli studenti minorenni del Liceo "XXV Aprile" di usufruire del servizio "Sportello d'ascolto psicologico" è necessaria l'autorizzazione dei genitori e il consenso per il trattamento dei dati personali.

La documentazione deve essere scaricata, firmata e consegnata direttamente alla psicologa dello sportello.

Nel caso in cui non sia possibile attuare questa procedura, la modulistica prevista può essere richiesta in segreteria.

Dott.ssa Lisa Ribechini
Psicologa iscritta all'Albo della regione Toscana n° 7847
Incaricata per il servizio "Sportello di ascolto e sostegno psicologico"
presso il Liceo "XXV Aprile"

Liceo “XXV Aprile”
Liceo Classico – Liceo Scientifico e delle Scienze Applicate
Pontedera (PI)

Consenso informato
per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

I sottoscritti _____
genitori/affidatari dell' alunno/a _____
nato a _____ il _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____
presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito presso codesto Istituto,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di questo servizio.

Pontedera, _____

In fede,

Firme di entrambi i genitori

Informativa all'interessato e raccolta del relativo consenso per il trattamento dei dati personali sensibili da parte dello psicologo nell'espletamento dell'incarico professionale

ricevuto dal Liceo "XXV Aprile"

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Il D.lgs. n. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

In particolare e ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, Vi forniamo le seguenti informazioni:

1. Il trattamento potrà riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dall'Autorizzazione generale del Garante n. 2/2002, avrà le medesime finalità di cui al punto 2. della presente informativa.

Il trattamento sarà, inoltre, effettuato con le modalità di cui al punto 3. della presente informativa. In ogni caso, i dati idonei a rivelare lo stato di salute non potranno essere diffusi (art. 26, comma 5 del D.lgs. 196/2003).

2. Tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini di prevenzione, sostegno ed intervento connesse allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall'incarico da Voi affidato alla Dott.ssa Lisa Ribechini.

3. Il trattamento dei dati sarà effettuato secondo modalità sia manuali, sia informatiche e, in ogni caso, idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

4. Il conferimento dei dati è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto.

5. La Dott.ssa Lisa Ribechini 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 tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta e, in ogni caso, esclusivamente per i fini di cui al punto 2. della presente informativa.

6. Il titolare del trattamento è la Dott.ssa Lisa Ribechini con sede di servizio presso questo Istituto.

7. Il responsabile del trattamento è il Dirigente Scolastico Sandro Scapellato.

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

Consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati sensibili

Il /la sottoscritto/a....., nato/a

a.....il.....e res.te

a....., acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs196/2003: presto il mio consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo..... *Data*

Firma interessato

.....

Consenso dell'esercente la potestà, in caso di trattamento di dati sensibili di minore o incapace

Il sottoscritto nato a

il.....e res.te a.....,

e

la sottoscritta nata a

il.....e res.te a.....,

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria su....., acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, prestiamo il nostro consenso per il trattamento dei dati sensibili

di.....necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo..... *Data*.....

Firme leggibili

.....

.....