



*Psico-spazio 4: ripartiamo insieme*  
**SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO**  
a.s. 2019-2020

**Istituto Comprensivo “Via Linneo”**

Scuola Secondaria di Primo Grado, plessi di via Linneo 2, via Moscati-Giusti, via Monviso 2 – Milano

**MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI E PER  
L'AUTORIZZAZIONE ALL'EVENTUALE  
ACCESSO AL SERVIZIO DEGLI STUDENTI MINORENNI**

Nell'anno scolastico 2019/2020 sarà presente presso le tre sedi di via Linneo, via Giusti (Moscati) e via Monviso, uno Sportello d'Ascolto Psicologico rivolto agli studenti della Scuola Secondaria di Primo Grado. Gli studenti che lo desiderano o ne sentono la necessità, potranno usufruirne in modo spontaneo e riservato per un massimo di 3 colloqui. I colloqui non hanno finalità terapeutiche, ma sono un'occasione per esprimere, chiarire e approfondire interrogativi e difficoltà eventualmente incontrate nel corso del proprio percorso scolastico e di vita personale.

Le psicologhe-psicoterapeute incaricate nella gestione dello Sportello d'Ascolto Psicologico sono la Dott.ssa Federica Ugolini e la Dott.ssa Mara Baldi dell'Associazione Area G Onlus ([www.areag.net](http://www.areag.net)).

L'accesso allo Sportello per gli studenti ancora minorenni è possibile previa autorizzazione dei genitori. Si resta a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento.

I sottoscritti .....

in qualità di (specificare se genitore o tutore) ..... del/della minore:

Cognome e nome .....

Nato/a a ..... il .....

Classe ..... Scuola .....

- Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati sensibili di cui all'art. 4 comma 1 lett. D, nonché art. 26 del D.Lgs. n. 196/2003
- Dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutori nei confronti del minore:

**AUTORIZZANO** /  **NON AUTORIZZANO**

- l'eventuale accesso spontaneo allo spazio di ascolto psicologico da parte del/della figlio/a minorenni per i colloqui di consulenza psicologica breve **da remoto** (tramite telefonata o videochiamata Skype, Whatsapp).
- la raccolta dei dati necessari allo svolgimento delle prestazioni
- l'utilizzo dei dati esclusivamente nell'ambito e con le modalità indicate dall'informativa

Firma leggibile dei dichiaranti

Madre .....

Padre .....

**Autocertificazione di genitore unico, esercente potestà genitoriale**

Il sottoscritto/a.....padre/madre del minore.....,

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 45/2000

Dichiara di essere l'unico esercente la potestà genitoriale per il seguente motivo (in caso di provvedimento giuridico, indicare l'autorità emanante, i riferimenti del provvedimento e la data di emissione)

.....

e acconsente che il minore possa richiedere un primo colloquio e usufruire dello sportello psicologico di ascolto.

Data .....

Firma leggibile del dichiarante .....

## **INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 IN MATERIA DI TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Egregio Signore/Gentile Signora,

desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” 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 riservatezza e dei diritti dell’interessato.

In particolare, i dati (denominati sensibili) “...*idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale...*” (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell’interessato, secondo quanto previsto dall’Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

### **FINALITA’ DEL TRATTAMENTO:**

La informiamo che i dati personali e sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini della tutela della salute. Tutti i dati forniti sono direttamente ed esclusivamente connessi allo svolgimento dell’attività dello Sportello d’Ascolto, nonché necessari per la sua fruibilità.

### **MODALITA’ DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati personali, cioè qualsiasi operazione eseguita sui dati dal momento della loro raccolta al momento della loro distruzione, potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di strumenti informatici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario all’adempimento dell’attività dello Sportello d’Ascolto.

Il trattamento dei dati viene effettuato direttamente dai responsabili, Dott.ssa Federica Ugolini e Dott.ssa Mara Baldi, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale e/o del segreto d’ufficio.

### **AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE**

I dati personali saranno conservati per il tempo di attività dello Sportello d’Ascolto, dalle psicologhe incaricate, Dott.ssa Federica Ugolini e Dott.ssa Mara Baldi. Potranno essere comunicati a terzi solo in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell’esclusivo interesse del soggetto.

### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

I titolari del trattamento sono le psicologhe-psicoterapeute Dott.ssa Federica Ugolini e Dott.ssa Mara Baldi dell’Associazione Area G Onlus.

### **DIRITTI DELL’INTERESSATO**

Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all’art. 7 e 24 del D.Lgs. 196/2003 in merito alla cancellazione, l’aggiornamento, la rettifica o l’integrazione dei dati personali raccolti e conservati.