Ministero Istruzione Università e Ricerca Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "WALTER IOZZELLI"
Piazza dei Martiri, 205 -51015 MONSUMMANO TERME (PT)
C.F. 81004570479 Codice Ministeriale PTIC82100G C.U. UFIU7V
Email: ptic82100g@istruzione.it Pec: ptic82100g@pec.istruzione.it
Tel: 0572-640291 www.istitutocomprensivoiozzelli.gov.it

ISTITUTO COMPRENSIVO - "WALTER IOZZELLI"-MONSUMMANO TERME
Prot. 0001641 del 22/02/2021
(Uscita)

COMUNICATO N. 133 – a.s. 2020-21

Al personale
A genitori e alunni
Al sito

OGGETTO: Sportello di Ascolto Psicologico e consenso informato

L'Istituto Comprensivo "Walter Iozzelli" informa genitori e alunni che nei prossimi giorni sarà attivato presso i locali della scuola secondaria di primo grado uno **sportello di ascolto psicopedagogico** rivolto **sia agli alunni della scuola secondaria** di primo grado che **ai genitori e al personale dell'Istituto** (di ogni ordine di scuola). Lo sportello ha scopo di offrire un aiuto e una consulenza professionale per far fronte a tutte le eventuali **difficoltà o disagi incontrati dai ragazz**i, e si presta ad accogliere ogni tipo di problematica avvertita a livello scolastico, relazionale, psicologico e evolutivo, anche in relazione alle particolari difficoltà innescate dalla pandemia e dalle limitazioni sociali e relazionali ad essa collegate.
Al contempo il servizio sarà **accessibile anche ai genitori** degli stessi alunni che si trovino a dover gestire e fronteggiare le diverse problematiche riportate dai figli, nonché al personale dell'Istituto.
Il servizio sarà svolto dalla Dott.ssa Paola Lancellotti.

Per i genitori e il personale dell'Istituto, l'accesso al servizio potrà avvenire tramite contatto, anche telefonico, con la segreteria dell'Istituto, chiamando il numero 0572640291 e chiedendo dell'assistente amministrativo Dorella Passerotti.
Per gli studenti autorizzati dai genitori, invece, l'accesso allo sportello prevede prenotazione all'interno della scuola secondaria da loro stessi frequentata. Ai fini della volontaria partecipazione ai colloqui da parte degli studenti minori, si richiede, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (regolamento generale in materia di protezione dei dati personali) il consenso scritto dei genitori o di chi ne fa le veci. **Il consenso è indispensabile perché il figlio/la figlia minorenne possa usufruirne**.

Il documento allegato, firmato per accettazione o per non accettazione, deve essere riconsegnato al docente coordinatore di classe entro e non oltre il giorno di lunedì 1 marzo 2021.

L'attività della dott.ssa Paola Lancellotti potrà concretizzarsi anche in incontri aperti con le varie classi, sia di scuola secondaria che di scuola primaria, in cui si rilevi la necessità di una discussione collettiva su dinamiche relazionali, comportamentali, educative e simili. Tali attività, che rientrano nella normale attività didattica e non affrontano questioni singole e private, sono indipendenti dallo Sportello di Ascolto Psicologico e vengono rivolte a tutta la classe.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Alberto Ciampi
(firmato digitalmente)

Ministero Istruzione Università e Ricerca Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "WALTER IOZZELLI"
Piazza dei Martiri, 205 -51015 MONSUMMANO TERME (PT)
C.F. 81004570479 Codice Ministeriale PTIC82100G C.U. UFIU7V
Email: ptic82100g@istruzione.it Pec: ptic82100g@pec.istruzione.it
Tel: 0572-640291 www.istitutocomprensivoiozzelli.gov.it

CONSENSO INFORMATO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOPEDAGOGICO (CIC)

I/ il sottoscritto/i _____ e _____ genitore/i dell'alunno/a _____ della classe _____ a.s. 2020/21 esprimendo il proprio consenso allo sportello di ascolto psicologico organizzato dell'Istituto comprensivo "Walter Iozzelli" sono informati sui seguenti punti:

- che la Dott.ssa Paola Lancellotti è una Psicologa regolarmente abilitata ed iscritta all'Albo degli Psicologi della Toscana e si attiene al codice deontologico degli Psicologi italiani;
- che i dati trattati in merito alla prenotazione di una prestazione di counseling psicopedagogico sono: nome e cognome dell'interessato, classe di appartenenza, se necessario recapito telefonico dei genitori.
- che la prestazione che verrà offerta è un counseling psicopedagogico finalizzato al conseguimento del benessere scolastico e personale in una prospettiva di prevenzione della dispersione scolastica;
- che lo strumento principale di intervento sarà il colloquio, tutelato dal rispetto della riservatezza professionale; ad essa il Referente del Servizio dovrà derogare nei casi in cui si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi e nei casi in cui, in sede di colloquio, venga a conoscenza di eventuali reati perseguibili d'ufficio per i quali vige l'obbligo di segnalazione;
- che il trattamento dei dati raccolti è effettuato ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (regolamento generale in materia di protezione dei dati personali, ivi compresi i dati sensibili);
- che il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di informazione e/o consulenza o comunque strettamente legati ad obiettivi dell'intervento;
- che i dati sono conservati fino all'espletamento del servizio richiesto;
- che il Titolare del trattamento dei dati trasmessi alla psicologa è l'Istituto Scolastico nelle vesti del Dirigente Scolastico, il quale ha provveduto alla nomina dell'RPD contattabile al seguente indirizzo mail: privacy@qes.toscana.it
- che ai sensi dell'art.21 del Regolamento UE 2016/679, ha diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati e può, secondo le modalità e le finalità del trattamento dei dati, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, la trasformazione in forma anonima, la cancellazione, il blocco dei dati trattati in violazione alla legge;

e dunque

☐ **ACCETTANO che loro figlio/a _____ acceda ed usufruisca liberamente dello sportello di ascolto che la Dott.ssa Paola Lancellotti svolgerà su incarico dell'Istituto scolastico e nei limiti dello stesso**

☐ **NON ACCETTANO che loro figlio/a _____ acceda ed usufruisca liberamente dello sportello di ascolto che la Dott.ssa Paola Lancellotti svolgerà su incarico dell'Istituto scolastico e nei limiti dello stesso**

In fede,

_____ _____ *

** N.B.: è necessaria la firma di entrambi i genitori.*