



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CARLO RIDOLFI"

Viale della Repubblica, 6 – 36045 LONIGO (VI)

C.F. 80016190243 – Cod.Min. VIIC818008

Tel. 0444 830244 – 0444 830245

e-mail: VIIC818008@ISTRUZIONE.IT - P.E.C.: VIIC818008@PEC.ISTRUZIONE.IT

www.icridolfi.edu.it



MODULO DI CONSENSO INFORMATO – SERVIZIO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA SCUOLA DELL'INFANZIA

I sottoscritti c.f.

e c.f.

genitori del minore

(C.F.....) nato a il

..... e residente a in via

....., alunno/a della classe

....., della scuola

dichiaro di essere informati:

che saranno avviate delle attività di supporto psicologico scolastico al fine di promuovere uno spazio di confronto, di dialogo e di incremento del benessere dei bambini.

Di seguito le tipologie di intervento: sportello di ascolto per genitori, incontri di osservazione educativa nel contesto scolastico, incontri informativi/formativi per genitori e insegnanti. I contenuti sono i seguenti: favorire il dialogo e il sostegno nell'espressione delle emozioni e dei pensieri sui vissuti scolastici e relazionali.

- **si precisa che tali interventi non hanno finalità psico-diagnostiche;**
- i colloqui con i genitori si svolgeranno nella sede dell'istituto scolastico e in orario scolastico;
- si potrà interrompere in qualsiasi momento la partecipazione del minore al progetto scolastico;
- per la natura e la finalità dell'intervento sopra descritto, il contenuto dei colloqui tra la Psicologa e i genitori è da intendersi strettamente riservato e tutelato dal segreto professionale;
- l'adesione al progetto è possibile previa sottoscrizione del presente consenso, controfirmato da entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale sul minore;
- il progetto sarà attivo per il corrente anno scolastico 2023/2024;

si informa che anche nelle osservazioni in contesto scolastico, la psicologa nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologiveneto.it.

- la dott.ssa Marisa Boaretti è iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto con il n. 5987 in data 23/04/2007.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito Servizio, comunque coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

Noi sottoscritti in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul minore.....,

avendo letto compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a possa partecipare liberamente alle seguenti attività proposte dalla scuola e tenute dalla dott.ssa Marisa Boaretti (segnare con X):

[] eventuali laboratori sulla socialità

[] osservazione nelle sezioni

Luogo _____ Data _____

Firma del padre _____ Firma della madre _____

IN CASO UNO DEI DUE GENITORI SIA IMPOSSIBILITATO AD APPORRE LA FIRMA

Il genitore unico firmatario dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver informato e ottenuto l'assenso dell'altro genitore/titolare di potestà genitoriale, ai sensi e nel rispetto dell'art. 316 e segg. del Codice Civile.

In fede

Data _____ Firma _____

NOTE FINALI - PRIVACY

La sottoscritta dott.ssa Boaretti Marisa è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto IC "C. Ridolfi" e pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

Qui di seguito riportiamo i tempi di conservazione in relazione alle differenti finalità sopra elencate:

- Dati anagrafici e di contatto: tali verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: I Dati relativi allo stato di salute saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico ed al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo non superiore a 5 anni successivi alla conclusione dell'incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

Informativa e dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali (artt. 13 e 23 d.lgs. 196/2003)

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul minore....., dichiariamo di essere stati informati a) che, nell'ambito del progetto scolastico di cui sopra e per le finalità sopra indicate, potranno essere trattati dati personali e sensibili del minore medesimo nei limiti strettamente necessari a dette finalità; b) che il consenso al trattamento dei dati di cui sopra è necessario perché il minore possa partecipare al progetto scolastico c) titolare del trattamento, per quanto di propria competenza nell'ambito del progetto scolastico di cui sopra, è la Psicologa dott.ssa Marisa Boaretti sopra meglio generalizzata; d) che i dati personali potrebbero essere trattati su supporto cartaceo; e) che in ogni caso i dati potranno essere comunicati alle Autorità Sanitarie o Giudiziarie competenti nei casi previsti dalla legge; f) che eventuali trattamenti dei medesimi dati da parte dell'Istituto Scolastico avverranno sotto l'esclusiva titolarità e responsabilità di quest'ultimo; g) che possono essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del d.lgs.196/2003;

avendo letto e compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo affinché la dott.ssa Marisa Boaretti proceda al trattamento dei dati personali sopra descritto.

Luogo _____ Data _____

Firma del padre _____ Firma della madre _____

IN CASO UNO DEI DUE GENITORI SIA IMPOSSIBILITATO AD APPORRE LA FIRMA

Il genitore unico firmatario dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver informato e ottenuto l'assenso dell'altro genitore/titolare di potestà genitoriale, ai sensi e nel rispetto dell'art. 316 e segg. del Codice Civile.



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CARLO RIDOLFI"

Viale della Repubblica, 6 – 36045 LONIGO (VI)

C.F. 80016190243 – Cod.Min. VIIC818008

Tel. 0444 830244 – 0444 830245

e-mail: VIIC818008@ISTRUZIONE.IT - P.E.C.: VIIC818008@PEC.ISTRUZIONE.IT

www.icridolfi.edu.it



In fede

Data _____ Firma _____