INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

1. PREMESSA E FINALITÀ DEL SERVIZIO

Il servizio di **Sportello di Ascolto Psicologico** attivato è uno spazio di ascolto, consulenza e supporto breve rivolto a tutti gli studenti..

Finalità: promuovere il benessere psicologico, prevenire il disagio, sostenere la crescita personale, gestire difficoltà emotive, relazionali, scolastiche e orientative. Non costituisce percorso psicoterapeutico né diagnostico, ma attività di consulenza psicologica ai sensi dell'Art. 1 L. 56/89 e dell'Art. 27 del Codice Deontologico.

Modalità: colloqui individuali su base volontaria, su prenotazione, in orario scolastico, in spazio riservato. Durata circa 45-50 minuti, per un massimo di 8-10 incontri per studente/anno scolastico. Il servizio è gratuito per l'utenza.

2. RISERVATEZZA, SEGRETO PROFESSIONALE E LIMITI

Il professionista è vincolato al rispetto del **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani**.

- In caso di rilevazione di situazioni di rischio per il minore, la professionista valuterà la necessità di informare i genitori/esercenti responsabilità genitoriale e/o i Servizi competenti, tutelando prioritariamente il minore.
- Lo Sportello **NON** è un servizio di emergenza. In caso di urgenza rivolgersi a 112, 118 o Servizi Territoriali.
- I contenuti dei colloqui non saranno comunicati alla Dirigenza, ai docenti né ai genitori (salvo quanto sopra), né influenzeranno la valutazione scolastica.
-

3. CONSENSO INFORMATO AI SENSI L. 219/2017 E CODICE DEONTOLOGICO

Ai sensi della Legge 219/2017 sul consenso informato, degli art. 24, 31 e 32 del Codice Deontologico e delle Linee Guida CNOP per attività psicologica nelle scuole, l'interessato (e per i minori gli esercenti la responsabilità genitoriale) dichiara di essere informato su: natura e finalità dell'intervento, modalità, durata, costo (gratuito), limiti della riservatezza, diritto di revoca in qualsiasi momento senza conseguenze, assenza di tecniche terapeutiche invasive.

Per gli alunni **minorenni (<18 anni)** è obbligatorio il consenso di **entrambi i genitori** o del tutore. Per gli alunni **maggiorenni (≥18 anni)** il consenso è espresso direttamente dall'interessato.

4. INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 (GDPR) e D.Lgs 196/03 modificato

Titolare del trattamento:

Dott.ssa Erika Vitali è contattabile al cel. 329.0983437

Dott. Marco Masci è contattabile al cel. 3395310835

Contitolarità / Responsabile per finalità istituzionali: Istituto Scolastico *IIS BIANCHINI FILOSI*, in persona del Dirigente Scolastico, per la gestione organizzativa e logistica dello Sportello.

Natura del conferimento: facoltativo ma necessario per accedere al servizio. Mancato consenso comporta impossibilità di erogare la prestazione.

5. MODULO CONSENSO - ALUNNO/A MAGGIORENNE (≥18 anni)

Io sottoscritto/a: _____ Classe: _____ Sez. _____
Nato/a a: _____ il ____/____/_____ C.F.: _____
Residente a: _____ cel: _____
Email:_____
Dichiaro di aver letto, compreso e ricevuto copia dell'informativa di cui sopra, di aver compreso finalità, modalità e limiti di riservatezza dello Sportello, e di prestare il mio **CONSENSO INFORMATO** libero e volontario alla partecipazione ai colloqui di consulenza psicologica e al trattamento dei dati personali e particolari ai sensi GDPR.

Luogo e data _____ Firma alunno/a maggiorenne _____

6. MODULO CONSENSO - ALUNNO/A MINORENNE (<18 anni) - DA COMPILARE DA ENTRAMBI I GENITORI / TUTORE

Dati alunno/a minorenne:
Nome e Cognome alunno/a: _____ Classe: _____ Sez: ____
Nato/a a: _____ il ____/____/_____ C.F.: _____

Dati Genitore 1 / Tutore - Esercente responsabilità genitoriale
Cognome e Nome: _____ Nato/a il: ____/____/_____
a: _____C.F.: _____
cel: _____ Email: _____
Residenza:_____

Dati Genitore 2 - Esercente responsabilità genitoriale
Cognome e Nome: _____ Nato/a il: ____/____/_____
a: _____C.F.: _____
cel:_____ Email: _____
Residenza: _____

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul minore sopra indicato, dichiariamo di aver letto, compreso e ricevuto copia dell'informativa di cui ai punti 1-4, di aver compreso natura, finalità, modalità, gratuità, volontarietà e limiti di riservatezza dello Sportello Psicologico Scolastico.
AUTORIZZIAMO / NON AUTORIZZIAMO (barrare la scelta) nostro/a figlio/a a partecipare al servizio di Sportello di Ascolto Psicologico, anche con colloqui su sua richiesta spontanea, per l'a.s. in corso.
ACCONSENTIAMO / NON ACCONSENTIAMO al trattamento dei dati personali e particolari del minore e dei nostri dati, ai sensi dell'art. 13 GDPR, per le finalità descritte.

Luogo e data: _____
Firma Genitore 1 / Tutore: _____
Firma Genitore 2: _____

Dichiarazione per genitore singolo firmatario (ai sensi art. 316, 337-ter, 337-quater c.c. e DPR 445/2000):
Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale e che la scelta è stata condivisa con l'altro genitore / che l'altro genitore è irreperibile / che esercita in via esclusiva la responsabilità (barrare).
Firma
_____