



Istituto Comprensivo Statale “Andrea Camilleri”

28040 VARALLO POMBIA (NOVARA)

Via Circonvallazione, 46 – Tel 0321/956226

C.F. 80011630037 – e-mail: noic80600v@istruzione.it – pec: noic80600v@pec.istruzione.it



Circolare n. 235/2022-2023

IC VARALLO POMBIA
Prot. 0001104 del 03/02/2023
V-6 (Uscita)

Ai genitori degli alunni

A tutto il Personale Scolastico

AI DSGA

AI RE (Argo)

OGGETTO: Attivazione Sportello di ascolto psicologico gratuito

Si comunica che a partire dal 13 febbraio 2023 e fino al termine delle attività didattiche sarà attivo presso il nostro Istituto lo Sportello di Ascolto psicologico rivolto agli alunni, ai genitori e al personale dell'Istituto Comprensivo.

Si tratta di un servizio assolutamente confidenziale e riservato, protetto dal segreto professionale e legato ad un'attività di ascolto, di monitoraggio-prevenzione del disagio scolastico e personale, di percorsi di sostegno psicologico per studenti, genitori e personale della scuola.

L'azione di Sportello d'ascolto psicologico sarà condotta dal Dottor Claudio Volpe e sarà finalizzata a fornire risposte a traumi, disagi, difficoltà relazionali, al fine di prevenire l'insorgere di possibili forme di disagio o malessere e di incrementare il benessere personale.

Il servizio sarà svolto dal professionista in presenza presso i diversi plessi dell'Istituto:

PRESSO IL PLESSO DELLA SCUOLA SECONDARIA DI VARALLO POMBIA

Il lunedì dalle ore 9 alle ore 13.00

PRESSO IL PLESSO DELLA SCUOLA SECONDARIA DI BORGIO TICINO

Il martedì dalle ore 9.00 alle ore 13.00

L'appuntamento potrà essere prenotato al seguente indirizzo di posta elettronica:

psicologo@ic-varallo-pombia.edu.it

Non verranno prese in considerazione eventuali richieste inviate ad altri indirizzi mail dell'Istituto poiché il servizio viene gestito direttamente dal Dottor Volpe.

Lo spazio di ascolto individuale sarà attivato secondo le date e le modalità concordate per mail.

Modalità organizzative del servizio

Servizio rivolto agli Alunni

I genitori degli alunni che intenderanno autorizzare la Scuola affinché i propri figli usufruiscano del servizio sopra menzionato, dovranno compilare e firmare il modulo di consenso/autorizzazione (Allegato 1) e restituirlo al rispettivo Coordinatore di Classe; quest'ultimo trasmetterà il documento (Allegato 1) via e-mail allo psicologo e lo consegnerà, successivamente, in segreteria.

Senza la compilazione del modulo di consenso/autorizzazione gli alunni non potranno usufruire del servizio.

Tutti i consensi informati, le autorizzazioni ed i dati in esse contenuti saranno trattati dalla Dirigente Scolastica secondo quanto stabilito dal Regolamento GDPR in termini di tutela della privacy, costituendo documentazione scolastica al fine di fornire alla psicologa gli elenchi dei soli nominativi degli studenti che hanno consegnato il modulo di consenso/autorizzazione (Allegato 1) debitamente compilato e sottoscritto dai propri genitori/tutori e che potranno quindi usufruire del servizio qualora lo volessero.

Gli alunni e le alunne, autorizzati da entrambi i genitori mediante il modulo di consenso/autorizzazione (Allegato 1), potranno accedere allo sportello su loro autonoma richiesta con le opportune norme di riservatezza, inviando la propria richiesta via mail a psicologo@ic-varallo-pombia.edu.it che rappresenta un account d'Istituto gestito unicamente dal Dottor Volpe. Si dovrà indicare nome, cognome e classe di appartenenza.

Gli alunni e le alunne potranno accedere allo sportello di ascolto psicologico sia in orario scolastico che extrascolastico, compatibilmente con la disponibilità del Dottor Claudio Volpe e previo accordo/appuntamento.

L'accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico avverrà in presenza nei diversi plessi scolastici.

I collaboratori scolastici in servizio, sulla base dei nominativi indicati dal Dottor Claudio Volpe, si occuperanno di prelevare dalle classi i ragazzi che usufruiranno del servizio dello sportello d'ascolto, senza far menzione della motivazione dell'uscita temporanea dalla classe. Il docente in servizio non dovrà apporre alcuna annotazione nel registro elettronico.

Le famiglie che, pur avendo inizialmente fornito l'autorizzazione per il proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio, non intendessero più proseguire nelle attività di sportello d'ascolto, possono revocare il consenso esclusivamente mediante richiesta scritta da presentare alla segreteria didattica dell'Istituto, sottoscritta da entrambi i genitori.

Servizio rivolto ai GENITORI degli alunni dell'Istituto

Il servizio di sportello di ascolto è dedicato anche ai genitori degli alunni frequentanti l'Istituto, i quali potranno usufruirne su prenotazione, inviando una mail a psicologo@ic-varallo-pombia.edu.it che rappresenta un account d'Istituto gestito unicamente dal Dottor Volpe, indicando il proprio nome e

cognome unitamente al nome, cognome e classe frequentata del/della proprio/a figlio/a. Sarà cura dello psicologo ricontattare il genitore e calendarizzare l'incontro.

Servizio rivolto al PERSONALE SCOLASTICO dell'Istituto

Il sopra descritto servizio è anche dedicato a tutto il Personale Scolastico in servizio, che potrà usufruirne mediante prenotazione, inviando una mail all'indirizzo psicologo@ic-varallo-pombia.edu.it che rappresenta un account d'Istituto gestito unicamente dal Dottor Claudio Volpe.

Sarà cura dello psicologo ricontattare il personale scolastico che ha fatto richiesta e calendarizzare l'incontro che non potrà avvenire in orario di servizio.

Si ricorda che l'accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico avverrà in presenza nei diversi plessi scolastici; lo spazio di ascolto individuale sarà attivato secondo le date e le modalità concordate.

Alla presente si allega:

1. Modulo di consenso/autorizzazione per i minori

Varallo Pombia, 3 febbraio 2023

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Maria Molinaro

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c. 2 Dlgs 39/93)

ALLEGATO 1

Consenso informato per l'accesso allo Sportello D'Ascolto Psicologico ALUNNI

La sottoscritta _____, nata
a _____ il _____, residente
a _____, in via _____, codice
fiscale _____,

Madre dell'alunno/a _____ classe _____ sez _____
affidandosi al Dottor Volpe, psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Piemonte, dichiara di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello psicologico.

il sottoscritto _____, nato
a _____ il _____, residente
a _____, in via _____, codice
fiscale _____,

Padre dell'alunno/a _____ classe _____ sez _____
affidandosi al Dottor Claudio Volpe, psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Piemonte, dichiara di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello psicologico.

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani *di seguito C.D.*, nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

1. la prestazione offerta riguarda colloqui psicologici all'interno dello sportello ascolto;
2. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di supporto psicologico;
3. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (*art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR eD.Lgs. 101/2018*);
4. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio clinico;
5. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. Il Dottor Claudio Volpe è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici, di contatto– informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
 - b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i **dati personali**.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
5. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
6. 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**.
7. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
 - a. dati anagrafici e di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali, quindi per un tempo di **10 anni**;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di **5 anni** (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici.

8. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR.Lgs. 101/2018** (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____ /
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____ codice
fiscale _____

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma padre _____ Firma madre _____

Oppure

Il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR445/2000, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il/la sottoscritto/a.....genitore/facente
funzione dell'alunno/a.....dichiara che l'altro
genitore/facente funzione del minore è a conoscenza delle scelte di cui sopra e le approva.

Data _____ Firma _____

Firma della/del Professionista
