



REGIONE
AUTONOMA
DELLA
SARDEGNA



ISTITUTO COMPRENSIVO DI VILLAPUTZU

VIA NAZIONALE - 09040 VILLAPUTZU (CA)

Con sede aggregata di San Vito

Tel. 070/0990019 - Codice Fiscale: 92105890922

Codice Meccanografico: CAIC83500G--- e-mail: caic83500g@istruzione.it – caic83500g@pec.istruzione.it

Sito web icvillaputzusanvito.edu.it – Codice Univoco Ufficio UF159E



UNIONE
EUROPEA

Informativa resa ai sensi degli art.13-14 del GDPR del 2016/679 (General Data Protection Regulation e raccolta del relativo consenso per il trattamento dei dati personali sensibili, da parte della Dott.ssa Novella Demuru, nell'espletamento del servizio.

Raccolta del consenso informato al servizio Iscol@ Ascolto e Supporto per attività di supporto in classe (scuola primaria e sec. 1° gr.) e Sportello d'ascolto psicologico. (solo scuola sec. 1° gr.)

I sottoscritti _____ e _____,
genitori o esercenti la responsabilità genitoriale del/della
minore _____
nato/a _____ il _____ frequentante la
classe _____ sezione _____ della scuola PRIMARIA SEC. 1° GR.
dell'Istituto Comprensivo Villaputzu

Plesso: Villaputzu

Plesso: San Vito

DICHIARANO

Di aver preso conoscenza del servizio di Ascolto Psicologico attivato all'interno del **Progetto Iscol@- Linea Ascolto e Supporto** per l'anno scolastico 2021-2022 e gestito dalla Dott.ssa *Novella Demuru* Psicologa Psicoterapeuta dell'Ordine degli Psicologi della Sardegna N. 1485.

In riferimento al Progetto di Ascolto e Supporto istituito presso l'Istituto Comprensivo di Villaputzu-San Vito, ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, vi forniamo le seguenti informazioni:

- o Lo Psicologo è tenuto all'osservanza del codice deontologico dell'Ordine degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previ valido e dimostrabile consenso del paziente, quindi, nel caso di specie di chi esercita la potestà genitoriale; il servizio sarà reso presso le sedi dell'Istituto Comprensivo di Villaputzu-San Vito, a seconda del plesso di appartenenza del minore;

- Le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare la domanda di aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse, sia individuali che nel gruppo classe, promuovendo il benessere del minore stesso;
- I benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- Il servizio sarà erogato in classe o attraverso la partecipazione allo Sportello d'Ascolto psicologico.

Il Sig. _____ (compilare leggibile in stampatello e firmare in calce)

e la sig.ra _____ (compilare leggibile e in stampatello e firmare in calce)

DICHIARANO

Di aver compreso quanto qui sopra riportato e decidono, a questo punto con piena consapevolezza, di prestare, in virtù della loro responsabilità genitoriale, il loro consenso affinché il/la figlio/a si avvalga delle attività svolte in ambito professionale dalla *Dott.ssa Novella Demuru*, in classe o attraverso sportello d'Ascolto psicologico, come sopra descritte, accettandone le condizioni espresse.

I sottoscritti consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316-337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale.

Luogo e data _____ FIRMA _____

FIRMA _____

I dati personali saranno trattati ai sensi della normativa sulla privacy, consultabile nel sito dell'I.C. Villaputzu- San Vito alla voce PRIVACY <https://icvillaputzusanvito.edu.it/index.php/privacy>