

## **Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 101/2018**

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che, secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.

1. **Finalità del trattamento:** La informiamo che i dati personali verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela dell'alunno/a interessato. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Casile presso lo Sportello di Ascolto avviato nell'Istituto d'Istruzione Superiore "N. Pizi" nei confronti degli alunni che frequentano la stessa. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Dott.ssa Casile di prestare il servizio di Sportello Psicologico Scolastico all'alunno/a. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si articola in una consulenza psicologica breve (un massimo di tre colloqui) o in attività rivolte al gruppo classe.

2. **Modalità del trattamento:** Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle sopra descritte finalità. Il trattamento dei dati personali viene effettuato direttamente dalla Dott.ssa Casile sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti garantendo adeguate misure di sicurezza, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

3. **Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso:** I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

4. **Titolare e Responsabile del trattamento dei dati** è la **Prof.ssa Maria Domenica Mallamaci**.

5. **Diritti dell'interessato:** Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 21 del GDPR e D.Lgs. 101/2018.

## Modulo di richiesta – Ascolto Psicologico e di Counselling – a.s. 2021-22

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

Per la partecipazione allo svolgimento delle attività degli interessati, Il modulo di richiesta, allegato alla presente, dovrà essere inviato all'indirizzo email [sportelloascolto@liceopizipalmi.edu.it](mailto:sportelloascolto@liceopizipalmi.edu.it) e debitamente compilato, firmato e corredato da copia/e documento/i di riconoscimento in corso di validità.

### MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorene.....  
frequentante il Liceo..... classe .....sezione.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato nel modulo di consenso e nell'informativa di consenso al trattamento dei dati e qui sopra riportati e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso

- affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott.ssa Casile presso lo Sportello di Ascolto.
- al trattamento dei dati del minore necessari per lo svolgimento delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Casile presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorene.....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso

- affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.
- al trattamento dei dati del minore necessari per lo svolgimento delle prestazioni professionali rese dal **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori (ALLEGARE COPIA FIRMATA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO) e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... frequentante il Liceo ..... classe ..... sezione..... dichiara di aver compreso quanto illustrato nel modulo di consenso e nell'informativa al trattamento dei dati e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso

per avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.

al trattamento dei dati necessari per lo svolgimento delle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data Firma

Il presente modulo firmato vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del minorente ..... frequentante il Liceo..... classe .....sezione.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso

affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.

al trattamento dei dati del minore necessari per lo svolgimento delle prestazioni professionali rese dal **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data Firma del tutore

Il presente modulo firmato vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.