



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE “V. ALMANZA – A. D’AJETTI” OMNICOMPRENSIVO

C.F. 93076050819 - Via Napoli, 32 – 91017 - Pantelleria – (TP) - www.omnicomprehensivopantelleria.edu.it
Codice Univoco Ufficio: UFCTA6 – Codice IPA: isvalma – Iban: IT 15 Q 01030 16401 000063407529 c.c.b. - c.t.u. 0319907
■ 0923 911050 PEO: tpis00400r@istruzione.it - PEC: tpis00400r@pec.istruzione.it

INFORMATIVA PRIVACY GENITORI Progetto Sportello Psicologico di Ascolto

Il presente documento è una informativa relativa all’attuazione del progetto di Sportello Psicologico di ascolto attivato per le studentesse e gli studenti delle classi dell’Istituto Superiore della nostra Istituzione Scolastica omnicomprensiva, all’interno del quale potrà avvenire il trattamento di dati personali. Per ulteriori informazioni generali sul trattamento dei dati personali effettuati dalla scuola nel rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) e del Regolamento Europeo 679/2016, si rimanda all’informativa privacy pubblicata nel sito web istituzionale dell’istituto

https://www.omnicomprehensivopantelleria.edu.it/wp-content/uploads/timbro_Informativa-ex-art.-13-e-14-del-Regolamento-Europeo-2016-679-per-il-trattamento-dei-dati-personali-di-alunni-e-famiglie-REV-NOV.-2024_signed.pdf

In merito ai trattamenti operati all’interno del progetto vengono fornite le seguenti informazioni:

1. La finalità del progetto è quella di offrire *un luogo* dove tutto ciò che spesso, per paura o per mancanza di ascolto resta inespresso, possa avere un senso, un luogo dove le ragazze ed i ragazzi possano trovare la possibilità, nel completo anonimato di rivelare paure, incertezze e desideri, tipici della loro età.
2. Obiettivi del progetto:
 - Promuovere il benessere psico-fisico all’interno dell’ambiente scolastico
 - Favorire, con il coinvolgimento dell’istituzione scolastica, l’adozione da parte delle ragazze e dei ragazzi di corretti stili vita
 - Promuovere azioni di sensibilizzazione e prevenzione primaria.
3. La prestazione offerta all’interno del progetto riguarda l’attività di ascolto e sostegno rivolto alle studentesse ed agli studenti dell’Istituto Superiore della scuola, che verranno svolte solo in presenza di consenso espresso con la firma del modulo allo scopo predisposto.
4. L’attività del progetto verrà svolta con le seguenti modalità e strumenti:
 - a) sportello d’ascolto psicologico per le studentesse e gli studenti su prenotazione;
 - b) azioni per rinforzare la motivazione allo studio e l’autostima, al fine di migliorare il grado di autonomia nello studio.
5. I minori potranno accedere allo sportello previa autorizzazione scritta (consenso informato) da parte della famiglia.

6. I maggiorenni potranno accedere allo sportello previa autorizzazione scritta (consenso informato) a loro firma.
7. L'attività svolta all'interno del progetto non è di natura medica o psicoterapeutica ma di ascolto e consulenza, per cui il consenso informato collegato alla presente informativa è relativo alla partecipazione al progetto e al trattamento dei dati personali e non si configura come consenso informato per un trattamento medico.
8. Il servizio di sportello di ascolto psicologico è affidato alla Dott.ssa Rosaura Brignone, dipendente dell'ASP di Trapani, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia n. 5637, la quale, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, reperibile al seguente link: <https://www.psy.it/la-professione-psicologica/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani/codice-deontologico-vigente/>.
9. La Dott.ssa Brignone, nominata Contitolare del trattamento dei dati dal Dirigente Scolastico, provvederà ad adottare tutte le misure tecniche ed organizzative necessarie a garantire la tutela e la riservatezza dei dati personali trattati nello svolgimento dell'incarico.
10. La Dott.ssa Brignone garantisce la riservatezza dei colloqui condotti e di qualunque dato personale raccolto nel rispetto del segreto professionale al quale la specialista è tenuta.
11. Anche i nomi di coloro che hanno chiesto un colloquio sono soggetti a segreto professionale e non saranno comunicati nella rendicontazione delle attività che farà la Psicologa.
12. Nel rispetto dei principi di ordine generale fissati dall'art. 5 del Regolamento UE i dati personali raccolti per l'attuazione del progetto saranno:
 - a. trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato («liceità, correttezza e trasparenza»);
 - b. raccolti per finalità determinate, esplicite e legittime e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità; un ulteriore trattamento dei dati personali a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici non è, conformemente all'articolo 89, paragrafo 1, considerato incompatibile con le finalità iniziali («limitazione della finalità»);
 - c. adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati («minimizzazione dei dati»);
 - d. esatti e, se necessario, aggiornati; saranno adottate tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati («esattezza»);
 - e. conservati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati; («limitazione della conservazione»);
 - f. trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali («integrità e riservatezza»).
13. I dati personali raccolti all'interno delle attività dello Sportello psicologico di ascolto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.
14. In presenza di talune condizioni sarà possibile all'interessato/a esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.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). Allo scopo è possibile inoltrare richiesta al Dirigente Scolastico, Titolare del trattamento, che fornirà riscontro, di regola, entro 30 giorni.

15. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati o al Responsabile protezione Dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39)06.696771 - PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .
16. Il Titolare del trattamento è l'istituzione scolastica stessa, avente personalità giuridica autonoma e legalmente rappresentata dal Dirigente Scolastico pro-tempore Prof. Fortunato Di Bartolo, PEO: tpis00400r@istruzione.it – PEC: tpis00400r@pec.istruzione.it
17. Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è Vargiu Scuola S.r.l. (referente Ing. Antonio Vargiu), tel: 070271560 - PEO: dpo@vargiuscuola.it – PEC: antonio.vargiu@ingpec.eu

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Titolare del trattamento dati

Prof. Fortunato Di Bartolo

(documento firmato digitalmente ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale)

CONSENSO INFORMATO PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO DI ASCOLTO (Allegato 1)

I sottoscritti genitori/tutori (nome e cognome dei genitori e/o tutori)

1) _____

Nato/a il ____ / ____ / _____, a _____, in provincia di (____)

Residente a _____, in provincia di (____).

2) _____

Nato/a il ____ / ____ / ____ , a _____, in provincia di (____),

Residente a _____, in provincia di (____),

Codice Fiscale

Codice Fiscale

in qualità di tutore/tutrice legale del/della minorenne:

(Nome e cognome del/la minore) _____

Nato/a il _____ / _____ / _____, a _____, in provincia di (_____),

Residente a _____, in provincia di (_____),

frequentante la classe _____

DICHIARANO

- a) di aver preso visione della nota Prot. 11565 del 19.11.2024 “Avvio progetto *Sportello psicologico di ascolto*”;
 - b) di aver preso visione della informativa Prot. 11566 del 19.11.2024 predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all’interno del progetto Sportello Psicologico di ascolto, anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali;
 - c) di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell’ambito dello Sportello psicologico di ascolto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.

DECIDONO CON PIENA CONSAPEVOLEZZA

- di prestare il proprio consenso informato affinché il/la proprio/a figlio/a possa fruire del servizio di Sportello di Ascolto Psicologico, autorizzando il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.
 - di non prestare il proprio consenso informato affinché il/la proprio/a figlio/a possa fruire del servizio di Sportello di Ascolto Psicologico

Firma della persona indicata al numero 1 (leggibile) —

Firma della persona indicata al numero 2 (leggibile) _____

In caso di firma di un solo genitore:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver fatto 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”.

Pantelleria, _____

Firma _____

CONSENSO INFORMATO PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO DI ASCOLTO (Allegato 2)

Il/La sottoscritto/a alunno/a maggiorenne _____

Nato/a il _____ / _____ / _____, a _____, in provincia di (_____),

Residente a _____, in provincia di (_____),

frequentante la classe _____

DICHIARA

- a) di aver preso visione della nota Prot. 11565 del 19.11.2024 “Avvio progetto Sportello psicologico di ascolto”;
- b) di aver preso visione della informativa Prot. 11566 del 19.11.2024 predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all’interno del progetto Sportello Psicologico di ascolto, anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali;
- c) di essere consapevole che i dati personali raccolti nell’ambito dello Sportello psicologico di ascolto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.

DECIDE CON PIENA CONSAPEVOLEZZA

- di avvalersi / di potersi avvalere durante l’anno scolastico del servizio di Sportello di Ascolto Psicologico, autorizzando il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell’informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.
- di non avvalersi durante l’anno scolastico del servizio di Sportello di Ascolto Psicologico

Pantelleria, _____

Firma
