



LICEO "RISPOLI - TONDI" SCIENTIFICO - CLASSICO



Viale 2 Giugno - 71016 SAN SEVERO (FG)

Tel. 0882/22.24.19 - Fax 0882/22.39.12 - Cod. Fisc. 93071630714 - Cod. Mecc. FGPS210002

PEO: fgps210002@istruzione.it - PEC: fgps210002@pec.istruzione.it - SITO WEB: www.liceorispolitondi.edu.it

**Agli Alunni
Alle Famiglie
Al Personale Docente
Al Personale non Docente
LICEO
Al Registro Elettronico
Al Sito web istituzionale**

CIRCOLARE n. 68

OGGETTO: Funzionamento dello sportello di ascolto e di consulenza psicologica durante il periodo di sospensione delle attività didattiche in presenza.

Si comunica che la psicologa responsabile dello Sportello di ascolto e di consulenza della nostra scuola, dott.ssa Rosanna Parente ha dato la sua disponibilità a prestare consulenza anche in questo periodo di emergenza e di sospensione delle lezioni in presenza.

Di seguito si indicano le modalità per poter accedere al servizio:

1. La dott.ssa Parente presterà consulenza dalle ore 15,00 alle ore 19,00 nei seguenti giorni:
 - **Venerdì 11 dicembre 2020**
 - **Sabato 12 dicembre 2020**
 - **Ogni mercoledì e sabato fino al 22 dicembre 2020.**

Successivamente saranno comunicate altre date.

2. Per poter accedere al servizio di consulenza telefonica occorre **prenotarsi il lunedì e il venerdì dalle ore 14,00 alle ore 15,00** telefonando alla dott.ssa Parente al numero di cellulare **3297048743**. Al di fuori dei giorni e degli orari suddetti si può inviare un messaggio whatsapp o una mail al seguente indirizzo rosanna982@gmail.com e si verrà richiamati appena possibile.
3. Far pervenire alla dott.ssa Parente prima della consulenza il consenso informato, debitamente compilato e firmato (per gli alunni: firmato da entrambi i genitori, se alunno minorenni; firmato da alunno, se maggiorenne) tramite mail all'indirizzo di posta elettronica rosanna982@gmail.com.

Il modulo di consenso informato è scaricabile dal sito www.liceorispolitondi.edu.it nella sezione Modulistica.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Filomena MEZZANOTTE**

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, c. 2 D. Lgs. n. 39/93)

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003
e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679
Accesso allo "Sportello psicologico di ascolto"**

I/la/il sottoscritti/a/o _____, nati/a/o a _____
il _____ residenti/e a _____
in via _____

dichiara/dichiarano

che sono/è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679:**

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza 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. La dott.ssa Rosanna Parente viene incaricata dal Dirigente Scolastico, nella sua qualità di Legale Rappresentante dell'Istituto, al trattamento dei seguenti **dati personali** raccolti per lo svolgimento dell'incarico di conduzione dello sportello psicologico: dati anagrafici e dati riferiti allo stato di salute. 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 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
3. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul
minore _____ frequentante la classe _____ del
Liceo Classico Scientifico del Liceo "Rispoli-Tondi" di San Severo (FG)

esercitando la rappresentanza legale sulla/sul minore _____ nata/o a _____
il _____ residente a _____
in via _____

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi allo 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/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

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

Firme/a _____

_____ Firma dello/a studente/essa maggiorenne