



**LICEO CLASSICO STATALE
"G. GARIBALDI"
PALERMO**

**RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO
SPORTELLO D'ASCOLTO
Liceo Classico Statale "G. Garibaldi"
Dott.ssa Angela Lucia Chisena**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a : _____ il _____

Chiede l'intervento di supporto psicologico

A tal fine dichiara:

- Di essere alunno/alunna attualmente frequentante
- Di essere personale dipendente attualmente in servizio presso il Liceo Classico Statale "G. Garibaldi"
- Di essere genitore di alunno/i frequentante/i il Liceo Classico Statale "G. Garibaldi"
- genitore dell'alunno/a _____ classe/ sez _____

Affidandosi alla psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena **dichiara** di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

1. che la prestazione che verrà offerta è un sostegno psicologico di tipo consulenziale, in presenza o secondo le modalità online se necessarie finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;
2. i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili;
3. Il titolare del trattamento è la dr.ssa Angela Lucia Chisena;
4. il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte del professionista incaricato dalla scuola;
5. La Psicologa si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.
6. la Psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi;
7. I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.
8. Al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e dal Reg UE 2016/67

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega :

- documento di identità
- Consenso informato genitori per alunno minorenni

Luogo e data

FIRMA

e-mail genitore _____

n. telefono genitore _____

Consenso informato
(minorenni)

Il/la sottoscritto/a _____

Il/la sottoscritto/a _____

genitore/i (o tutore) del minore _____

_____ classe _____ Scuola _____

Affidandosi alla psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena **dichiara** di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

- la prestazione che verrà offerta è un sostegno consulenziale in presenza o secondo le modalità online se necessarie finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui online;
- i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente; al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e dal Reg UE 2016/679. Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili.
- Il titolare del trattamento è la dr.ssa Angela Lucia Chisena;
- la psicologa dottoressa Angela Lucia Chisena si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte del professionista incaricato dalla scuola, il quale svolgerà le suddette attività sotto la diretta supervisione del dirigente scolastico;
- la Psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi;
- I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui i colloqui online con la Psicologa, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega :

documento di identità

(*Luogo e data*)

(Firma) _____

(Firma) _____