



Istituto Magistrale Statale  
"Regina Margherita"  
PALERMO  
P.tta SS. Salvatore, 1  
Tel. 091334424 – Fax 0916512106  
E mail:papm04000v@istruzione.it

RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO  
SPORTELLO D'ASCOLTO  
SCUOLA: LICEO DI SCIENZE UMANE "REGINA MARGHERITA" PALERMO

Dr.ssa Angela Lucia Chisena

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Chiede l'intervento di supporto psicologico

A tal fine dichiara:

- o Di essere alunno/alunna attualmente frequentante il Liceo "Regina Margherita" di Palermo
- o Di essere personale dipendente attualmente in servizio presso il Liceo "Regina Margherita" di Palermo
- o Di essere genitore di alunno/i frequentante/i il Liceo "Regina Margherita" di Palermo, genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

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 2016/679.

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

Allega :

- o documento di identità
- o Consenso informato genitori per alunno minorenni

Luogo e data

FIRMA

\_\_\_\_\_

### **Consenso dell'esercente la potestà in caso di trattamento di dati sensibili di minore**

Il/la/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

Il/la/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/i esercente/i la potestà genitoriale/tutoria su minore (o chi ne fa le veci) 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 :

o documento di identità

( Luogo e data ) \_\_\_\_\_

( Firma ) \_\_\_\_\_

( Firma ) \_\_\_\_\_