



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

LICEO “REGINA MARGHERITA” PALERMO

Psicologa Dr.ssa Angela Lucia Chisena

DATA: _____ INSEGNANTE: _____

CHIEDE L’INTERVENTO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Per l’alunno _____
 NOME e COGNOME

Data di nascita: ----- CLASSE: _____

Nome e cognome genitore/tutore: _____

Nome e cognome genitore/tutore: _____

residenti a _____ in via _____

recapito telefonico _____

recapito on line: _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA

Firma insegnante ed email per eventuale contatto

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

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, in quali 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) _____