

ISTITUTO PREZIOSISSIMO SANGUE – BARI

Via Scipione l'Africano, 272 – 70124 Bari | Tel. 080.5421255

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di Primo Grado

CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

PADRE: Cognome e Nome:

Nato a: il:

Residente a: Via/Piazza:

Telefono: E-mail:

MADRE: Cognome e Nome:

Nata a: il:

Residente a: Via/Piazza:

Telefono: E-mail:

VENGONO INFORMATI

sulle attività e finalità del progetto **"Ben-essere a scuola"** presso l'Istituto Preziosissimo Sangue di Bari sito in Via Scipione l'Africano, 272. Il suddetto servizio è rivolto agli alunni della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado, ai genitori e a tutti i docenti ed è seguito dalla **Dott.ssa Chiara Leuci**, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia al n. 6084, in collaborazione con altre figure professionali interne ed esterne l'Istituto.

Le prestazioni della Dott.ssa Leuci offerte all'interno del progetto verranno svolte con le seguenti modalità e strumenti:

- **Attività di osservazione in classe:** durante le ore curricolari e di normale svolgimento delle attività didattiche su richiesta del Dirigente Scolastico per la gestione di dinamiche relazionali e comportamentali.
- **Laboratori personalizzati:** organizzati in base alle esigenze specifiche delle classi per favorire riflessione e condivisione.
- **Percorsi di informazione-formazione:** rivolti a genitori, insegnanti ed alunni.
- **Sportello di ascolto:** spazio dedicato ad alunni, genitori e docenti per confrontarsi su problematiche scolastiche o relazionali.

L'attività svolta all'interno del progetto non è di natura medica o psicoterapeutica ma di osservazione, ascolto e consulenza; il presente consenso riguarda la **PARTECIPAZIONE AL PROGETTO E IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** e non costituisce trattamento medico.

In qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul minore:

frequentante la classe: sez.: Scuola: [] Infanzia [] Primaria [] Sec. I Grado

☐ **AUTORIZZANO** ☐ **NON AUTORIZZANO**

La Dott.ssa Chiara Leuci ad effettuare le osservazioni sulla classe in presenza dell'alunno/a, nel rispetto degli artt. 15-16-17 del Codice Deontologico degli Psicologi per condividere con la scuola le informazioni strettamente necessarie alla promozione del benessere personale e scolastico.

☐ **AUTORIZZANO** ☐ **NON AUTORIZZANO**

La Dott.ssa Chiara Leuci a condividere con gli insegnanti e la Scuola i contenuti dell'osservazione necessari al supporto educativo.

☐ **AUTORIZZANO** ☐ **NON AUTORIZZANO**

Il/La proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello di ascolto e a partecipare alle attività e ai laboratori di gruppo organizzati.

☐ **AUTORIZZANO** ☐ **NON AUTORIZZANO**

Al trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente (GDPR Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.).

La presente autorizzazione ha validità per l'intero anno scolastico in corso.

Luogo e Data:

Firma del padre

Firma della madre

** Ai sensi degli artt. 316 e 337-ter del Codice Civile, la sottoscrizione del presente modulo da parte di un solo genitore s'intende effettuata in osservanza delle norme sulla responsabilità genitoriale e implica che la scelta è stata condivisa ed espressamente concordata con l'altro genitore congiuntamente esercente la responsabilità genitoriale.*

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

La prestazione consiste in consulenza psicologica rivolta al benessere bio-psico-sociale della persona, avvalendosi dell'osservazione diretta. La psicologa è tenuta al rispetto del Codice Deontologico e del segreto professionale, derogabile solo per valido consenso o ordine dell'Autorità giudiziaria. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'espletamento delle attività descritte.

- 1. Principi di trattamento:** Il Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e il D.Lgs. 101/2018 garantiscono la tutela dei dati personali secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza. I dati appartenenti a categorie particolari (sensibili) sono trattati solo previo consenso scritto degli esercenti la responsabilità genitoriale.
- 2. Titolare del trattamento:** Il Titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico / Legale Rappresentante pro-tempore dell'Istituto, Suor Francesca Palamà, per dati anagrafici, di contatto, identificativi e relativi allo stato di salute o al benessere psico-relazionale.
- 3. Dati professionali:** Le valutazioni ed osservazioni elaborate dalla psicologa costituiscono dati professionali gestiti secondo il GDPR e il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- 4. Modalità di trattamento:** Il trattamento avviene con strumenti manuali, cartacei ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità e misure idonee a garantire la riservatezza.
- 5. Misure di sicurezza:** Il trattamento è condotto under la responsabilità del Titolare adottando misure di sicurezza idonee a prevenire accessi non autorizzati, perdita o distruzione dei dati.
- 6. Conservazione:** I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità istituzionali e di progetto per cui sono stati raccolti.
- 7. Cancellazione:** I dati non più necessari saranno anonimizzati in modo irreversibile o distrutti in sicurezza.
- 8. Termini di legge:** I tempi di conservazione rispettano le scadenze stabilite dalla normativa vigente.
- 9. Comunicazione a terzi:** I dati potranno essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie o Giudiziarie esclusivamente per doveri di legge. In ogni altro caso è richiesto il consenso esplicito.
- 10. Diritti dell'interessato:** Sarà possibile all'interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR (come ad es. accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista e del Titolare verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.

MODULO DI SOTTOSCRIZIONE

I sottoscritti: Cognome e nome del padre Cognome e nome della madre

genitori del minore Classe Sez. Plesso: []
Infanzia [] Primaria [] Sec. I Grado

DICHIARANO di aver letto, compreso ed accettato quanto sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Leuci come sopra descritte. Inoltre, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria del sunnominato minore, avendo acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento:

☐ **FORNISCONO IL CONSENSO** ☐ **NON FORNISCONO IL CONSENSO**

al trattamento e comunicazione dei dati sensibili/particolari del minore necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo e Data:

Firma del padre

Firma della madre

** Ai sensi degli artt. 316 e 337-ter del Codice Civile, la sottoscrizione del presente modulo da parte di un solo genitore s'intende effettuata in osservanza delle norme sulla responsabilità genitoriale e implica che la scelta è stata condivisa ed espressamente concordata con l'altro genitore congiuntamente esercente la responsabilità genitoriale.*