**COMUNICAZIONE PER I GENITORI**

Come da molti anni, anche nell’anno scolastico in corso sarà attivato presso l’IPSIA BIRAGO lo **sportello di ascolto psicologico**, all’interno del progetto “*Ascolto in Movimento: l’ascolto psicologico a scuola in un’idea di rete…verso un servizio di psicologia scolastica*”. Il progetto, finanziato dalla Scuola e dalla 6° Circoscrizione del Comune di Torino, sarà realizzato dall’Associazione Parole in Movimento Onlus.

Tutti **gli studenti** che lo desiderano, previa autorizzazione dei genitori, **potranno accedere allo sportello di ascolto**, dove potranno effettuare colloqui di consulenza psicologica con uno psicologo psicoterapeuta, in merito a difficoltà e problemi che sentano rispetto al percorso scolastico, al rapporto con gli adulti, con i coetanei, con sé stessi. **Lo sportello di ascolto sarà aperto anche ai docenti e ai genitori che vogliano confrontarsi in merito a difficoltà nel rapporto con gli studenti e i figli.**

I colloqui si terranno presso i locali della scuola in orario scolastico:

* **Presso la sede dell’Istituto, per due ore** a cadenza settimanale
* **Presso la succursale dell’Istituto, per due ore** a cadenza settimanale

**È possibile prendere appuntamento con lo psicologo negli orari di sportello, oppure contattando la prof.ssa Gonella per la Sede e la prof.ssa Annunziata per la succursale.**

**Informativa sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679**

Il dott. Davide Caricchi, nella qualità di responsabile del trattamento dei Suoi dati e il dottor Andrea Dughera, in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati personali per l’Associazione Parole in Movimento onlus, ai sensi e per gli effetti del Reg.to UE 2016/679 di seguito 'GDPR', con il presente La informa che la normativa prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. Presso la segreteria dell’Istituto è consultabile copia del testo della GDPR.

I dati raccolti (nome e cognome del minore) verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza previsti. Il conferimento è obbligatorio per il corretto espletamento dell’incarico.

La prestazione e consequenzialmente i dati personali oggetto di trattamento avverranno nel pieno rispetto del Codice Deontologico professionale assunto ex art. 28 della L. n. 56 del 1989 e s.m.i.

I dati personali potranno essere trattati a mezzo di archivi informatici e a mezzo di archivi cartacei e verranno conservati per un periodo di 10 anni.

Ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui agli artt. 6, 32 del GDPR e mediante l'adozione delle adeguate misure di sicurezza previste: verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.

L'interessato ha diritto di ottenere:

a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.

**AUTORIZZAZIONE:**

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, i sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(madre)

e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(padre) genitori dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ nell’esercizio della responsabilità genitoriale AUTORIZZANO il proprio figlio, qualora lo desiderasse, ad accedere durante l’anno scolastico allo sportello di ascolto psicologico attivo.

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

GEN.--------------------------------------------------

GEN.--------------------------------------------------

**DICHIARAZIONE:**

Io sottoscritto ………………………………………………… (padre / madre) dello studente………………………………….….. della classe …………. ACCONSENTO ALLO SVOLGIMENTO DEI COLLOQUI DELLO SPORTELLO D’ASCOLTO. Mi assumo la responsabilità di fornire soltanto la mia autorizzazione, in quanto l’altro coniuge è irreperibile.

Firma--------------------------------------------------