CRIC80000P - REGISTRO PROTOCOLLO - 0000729 - 05/02/2021 - A36 - Attività medico - U

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO COMPRENSIVO "G. BERTESI"
Scuola ad indirizzo musicale
di scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado
PIAZZA ITALIA, 3 - SORESINA (CR) C.F. 92006630195
Tel. 0374 342004 - fax 0374 346161
email: cric80000p@istruzione.it pec: cric80000p@pec.istruzione.it sito web: www.icbertesi.gov.it

Soresina lì, 05 febbraio 2021

Ai genitori delle alunne e degli alunni
A tutti i docenti
A tutto il personale ATA
p.c. Alla Dott.ssa Elisa Tomasoni
tomasonipsicologa@gmail.com
ALBO/ATTI

OGGETTO: Avvio attività di supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie.

In riferimento all'oggetto, si comunica alle SS.LL. che, al fine di fornire supporto psicologico, in presenza di traumi e/o disagi derivanti dall'emergenza COVID, sarà attivato un progetto curato dalla psicologa Dott.ssa Elisa Tomasoni.

L'iniziativa si articolerà in due azioni:

- **interventi sui gruppi classe**
- **sportello d'ascolto psicologico**, al quale gli interessati – alunni, genitori o personale scolastico – potranno accedere su prenotazione inviando una richiesta all'indirizzo tomasonipsicologa@gmail.com

Il calendario degli incontri sarà pubblicato successivamente al ricevimento dei consensi informati.

Alla presente si allegano i seguenti moduli:

- i moduli per i genitori per il consenso informato necessari per autorizzare la partecipazione dei propri figli a momenti di formazione tenuti dalla psicologa in classe nelle ore curriculari, da scaricare, firmare ed inviare all'indirizzo tomasonipsicologa@gmail.com.

- Modulo per la richiesta di sportello individualizzato per i minori: i genitori dovranno scaricare il modulo di consenso informato, sottoscriverlo ed inviarlo alla Dott.ssa Elisa Tomasoni all'indirizzo tomasonipsicologa@gmail.com insieme alla richiesta di appuntamento.

- moduli per tutto il personale scolastico

I moduli per i minori saranno anche allegati dai docenti nel registro elettronico Nuvola in documenti per alunno.

Ringraziando per la collaborazione e certa di una VS partecipazione all'iniziativa porgo cordiali saluti.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Daniela Romano
(Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993)

CRIC80000P - REGISTRO PROTOCOLLO - 0000729 - 05/02/2021 - A36 - Attività medico - U

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa TOMASONI ELISA, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, n. 14119,

MAIL: tomasonipsicologa@gmail.com,

PEC: elisa.tomasoni.339@psypec.it,

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IC BERTESI DI SORESINA (CR) fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'IC BERTESI, PIAZZA ITALIA, 3 SORESINA (CR).
- Qualora si renda necessario, alcune prestazioni soprattutto di carattere formativo, verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Microsoft Teams con le seguenti modalità: accesso tramite account dell'istituto, divieto di registrazione.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  a) tipologia d'intervento: Analisi dei bisogni dell'Istituto, consulenze e supervisioni agli insegnanti, osservazioni del gruppo classe, conduzione di laboratori, prevenzione dello stress da lavoro correlato, conduzione di colloqui con gli alunni, con gli insegnanti, il personale scolastico e con i genitori che lo richiedono.
  b) Modalità organizzative: per concordare un appuntamento scrivere a **tomasonipsicologa@gmail.com**
  c) Scopi: favorire il benessere degli alunni e dell'intero sistema scolastico, promuovendo azioni di prevenzione del disagio e ascolto dei bisogni.
  d) Limiti: i colloqui con gli alunni sono preceduti obbligatoriamente dal contatto dei genitori con la psicologa via mail (invio consenso firmato di entrambi i genitori). L'intervento non si configura come una consulenza diagnostica e/o terapeutica, ma di supporto e orientamento.
  e) Durata delle attività: da febbraio 2021 a maggio 2021 secondo il calendario concordato la Direzione. **giovedì (su appuntamento): 11,30-13,00** (alunni e

CRIC80000P - REGISTRO PROTOCOLLO - 0000729 - 05/02/2021 - A36 - Attività medico - U

insegnanti, personale scolastico), **14,00-17,30** (insegnanti, personale scolastico e genitori).

- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.it
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

INFORMATIVA sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.LGS 196/2003 (Codice privacy),e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), e ss.mm.ii. di cui ex D.LGS 101/2018, per il trattamento dei dati personali degli ALUNNI E DELLE FAMIGLIE. La dott.ssa Elisa Tomasoni è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti nello svolgimento dell'incarico per lo Sportello di Ascolto Psicologico, presso l' I.C."G. Bertesi" di Soresina (CR) Intende informare l'interessato in merito all'utilizzo: le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono dati professionali, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta. Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione; nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. Ai fini dell'erogazione della prestazione concordata il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti. I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata. Esaurite le

CRIC80000P - REGISTRO PROTOCOLLO - 0000729 - 05/02/2021 - A36 - Attività medico - U

finalità per i quali sono stati raccolti, i dati personali verranno anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati, distrutti in modo sicuro.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La Professionista Dott.ssa Elisa Tomasoni
Psicologa

ORDINE dott. Tomasoni Elisa 03/14119 PSICOLOGI

Noi genitori sottoscritti .....(madre) e .....(padre), genitori dell'alunno/a..... della classe....., con la presa visione del presente documento **autorizziamo nostro/a figlio/a a partecipare ai momenti di formazione tenuti dalla psicologa Dott.ssa Elisa Tomasoni in classe nelle ore curriculari**, per la prevenzione del disagio emerso dalla situazione sanitaria nazionale e per la promozione del benessere.

FIRMA DEI GENITORI

.....

.....

CRIC80000P - REGISTRO PROTOCOLLO - 0000729 - 05/02/2021 - A36 - Attività medico - U

MODULI PER COLLOQUI INDIVIDUALI. IL MODULO VA CONSEGNATO ALLA PROFESSIONISTA (INSEGNANTI/GENITORI/ PERSONALE SCOLASTICO) O INVIATO PER MAIL DAI GENITORI (PER GLI ALUNNI) .

MAGGIORENNI

L''insegnante/ Il genitore/Personale scolastico _____dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa TOMASONI ELISA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ **madre del minore** _____

nata a _____ il____/___/_____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese professionali rese dalla dott.ssa TOMASONI ELISA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ **padre del minore** _____

nato a _____ il____/___/_____

e residente a _____ in via/piazza _____n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa TOMASONI ELISA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____nata/o a _____il____/___/_____

Tutore del minore _____in ragione di _____ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)

residente a _____ in via/piazza _____ n. ___

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa TOMASONI ELISA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____Firma del tutore _____