



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

## Liceo Statale "James Joyce"

**LINGUISTICO E DELLE SCIENZE UMANE**

**Distretto 42 - C.M.: RMPC39000C -- C.F.: 90049460588 – C.U. UF62HT**

Sede centrale: via Alcide De Gasperi, 20 – 00072 Ariccia (RM) - tel. 06121128525- fax 0667663989/069334396

Sede succursale: via di Vallericcia, 51- 00072 Ariccia (RM) – tel. 06121123045- fax 0667663990

[rmpc39000c@istruzione.it](mailto:rmpc39000c@istruzione.it)

[rmpc39000c@pec.istruzione.it](mailto:rmpc39000c@pec.istruzione.it)

[www.liceojoyce.edu.it](http://www.liceojoyce.edu.it)

### INFORMATIVA SPORTELLO DI ASCOLTO

EX D. LGS. N.196/2003 NONCHÉ AI SENSI DEL REG. U.E. 2016/679 E D. LGS. N. 101/18

Alla c.a.  
di \_\_\_\_\_ interessati  
maggioresenni, dei tutori  
e/o \_\_\_\_\_ esercenti la  
responsabilità genitoriale  
nonché dei docenti.

#### VISTO

- il D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che d'ora in poi nel presente documento sarà chiamato semplicemente "Codice";
- il Regolamento Europeo 2016/679, che d'ora in poi nel presente documento sarà chiamato semplicemente Regolamento o GDPR;
- il D.Lgs.n.101/18 di adeguamento al Regolamento UE n. 679/2016;
- Legge n. 162 del 26 giugno 1990

#### CONSIDERATO CHE

presso l'Istituto è attivo per l'anno scolastico corrente:

- il servizio gratuito di consulenza psicologica e "Sportello di Ascolto" rivolto agli studenti, ai genitori degli studenti ed al personale docente curato dagli psicologi Parisella Umberto, Leone Laura, Olivieri Daniela iscritti all'Albo degli Psicologi di Roma,
- lo sportello di supporto rivolto agli/le alunni/e con DSA e BES : dr.ssa Chiara Pecorari e Dr. Farid Mohamadi
- il laboratorio di training autogeno "Don't panic", curato dalle psicologhe, dr.ssa Katia Bartoli e dr.ssa Bruna Benelli

tutto ciò premesso, con la presente vi

#### INFORMIAMO CHE

**I centri di informazione e consulenza (CIC), sono stati costituiti con DPR del 9/10/1990 n° 309 all'interno delle scuole secondarie, superiori e regolamentati con successive circolari del Ministero della Pubblica Istruzione.**

Il servizio C.I.C. rappresenta uno spazio scolastico dedicato alla salute, accogliente e flessibile, dove gli studenti possono esprimere le proprie difficoltà e i propri vissuti in assoluta privacy.

Attivo nell'orario scolastico rappresenta un'occasione di avvicinamento ad una figura d'aiuto, attraverso la quale ogni studente ha la possibilità di sperimentare il valore della riflessione guidata dall'esperto. Il servizio offre una consultazione psicologica breve finalizzata a

riorientare lo studente in difficoltà, permettendogli di ridurre la confusione e ristabilendo ordini di priorità sulla base dei propri valori. Inoltre si propone di focalizzare le esigenze del ragazzo, tenendole separate dalle pressioni di tipo sociale cui l'adolescente è sensibile.

Il colloquio che si svolge nella segretezza professionale, in un clima di non giudizio, con un **ascolto attento ed empatico**, favorisce l'instaurarsi di una relazione privilegiata e significativamente utile per la reale comprensione emotiva dello studente.

Il servizio si propone di fornire un punto di riferimento anche alle **famiglie** che sentono l'esigenza di confrontarsi su tutte quelle situazioni che rendono critici alcuni momenti legati alla crescita dei propri figli.

o o o o o o o

Il trattamento di tutti i dati personali che riguardano i componenti della vostra famiglia verrà effettuato dallo sportello di ascolto secondo i principi di liceità e trasparenza, a tutela della vostra riservatezza e dei vostri diritti conformemente alle norme sopra richiamate. Vi forniamo, quindi, le seguenti precisazioni in merito.

- **1. FINALITÀ DELLO SPORTELLLO DI ASCOLTO** – la principale finalità dello sportello di ascolto psicologico e dello sportello di ascolto è quella di recuperare il funzionamento bio-psico-sociale del minore, del maggiorenne, delle famiglie o dei docenti che vivono un momento di difficoltà agendo ed effettuando un lavoro sul sé che permetta di valorizzare le risorse personali mediante interventi sanitari, psico-educativi e sociali. Rispetto agli studenti in particolare lo sportello ha le seguenti finalità: di ascolto, di accoglienza e accettazione, di sostegno alla crescita, di orientamento, di informazione, di gestione e risoluzione di problemi/conflitti. Rispetto ai genitori: il potenziamento delle capacità genitoriali e delle abilità comunicativo-relazionali con i figli, affinché essi possano trovare ascolto e supporto nell'esercizio di una genitorialità piena e consapevole. Rispetto ai docenti: vengono fornite specifiche indicazioni psicopedagogiche da integrare nelle attività curriculari.

**2. TIPOLOGIA DEI DATI PERSONALI TRATTATI DALLO SPORTELLLO** – lo sportello di ascolto gestito dagli psicologi sopra identificati, i quali godono di autonomia rispetto all'Istituto, tratterà dati personali, nonché tutti quei dati che nel corso delle sedute dovessero emergere ai fini del trattamento socio assistenziale sanitario e potrebbero riguardare sia dati personali particolari che giudiziari. In questi ultimi casi i dati, di cui il professionista verrà a conoscenza, verranno trattati in conformità con quanto previsto dal Regolamento Europeo GDPR 679/2016 nonché dalle regole prescritte dall'art. 11 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani nell'ambito del segreto professionale.

**I dati personali** trattati riguarderanno nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo e numero telefonico dell'alunno, dei genitori e/o di colui che esercita la responsabilità genitoriale e dei docenti.

**3. ATTIVITÀ SPORTELLLO DI ASCOLTO** – Le principali aree di intervento degli psicologi sono: Sostegno psicologico individuale e di gruppo; Psicologia e Counseling Scolastico; Psicologia del lavoro e dei contesti organizzativi; Interventi di sostegno, prevenzione e promozione del benessere psicofisico; Orientamento scolastico, universitario e professionale; Superamento di problemi di apprendimento degli alunni, prevenzione della dispersione scolastica, prevenzione del bullismo.

**E' attivo anche lo Sportello per gli alunni con DSA**

Ha la finalità di

- realizzazione di un intervento mirato di supporto metodologico nei casi diagnosticati, ma anche su quelli in dubbio ed eventualmente fornire ai genitori eventuali percorsi diagnostici da intraprendere (dove, come, quando)

- interventi formativi-educativi in alcune classi prime, ove richiesto dagli insegnanti, al fine di promuovere l'inclusione e il benessere scolastico dei ragazzi DSA/BES
- costruzione dei PDP (Piano Didattico Personalizzato) per gli alunni DSA /BES insieme ai coordinatori, in base ai risultati di ulteriori rivalutazioni e alle esigenze emergenti.
- Informare i docenti e i genitori sulla normativa riguardante i casi di Disturbo dell'apprendimento e DSA;
- Fornire ai docenti le competenze per Osservare, Valutare, Analizzare ed Intervenire in modo mirato nei casi di alunni con DSA;
- Contrastare la dispersione scolastica
- Intervenire con strategie educative e didattiche mirate sugli alunni con DSA /BES
- Favorire in tutte le famiglie maggiore consapevolezza ed attenzione sui DSA /BES
- Promuovere una didattica inclusiva e promuovere il benessere scolastico

**4. MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SPORTELLO ED ANONIMATO** – allo sportello di ascolto si accede mediante appuntamento nei giorni di presenza, in entrambe le sedi, servizio attivo nei giorni della settimana come da programmazione e planning pubblicato sul sito della scuola nell'apposita pagina <https://www.liceojoyce.edu.it/index.php/c-i-c>

Le attività di ascolto sono rivolte agli **studenti** che ne fanno espressamente richiesta tramite modulo di prenotazione cartaceo presso la vicepresidenza oppure tramite prenotazione on-line (via e-mail).

Per quanto riguarda, invece, i genitori ed i docenti potrà essere richiesto un appuntamento attraverso l'indirizzo e-mail dello/a psicologo/a contattandolo direttamente.

Per gli studenti minorenni è necessaria l'autorizzazione e il consenso per il trattamento dei dati personali da parte di entrambi i genitori, come da modello indicato.

Tutti i genitori degli alunni minori devono compilare e rendere alla scuola il modulo in cui dichiarano la propria autorizzazione o non autorizzazione all'utilizzo dei servizi di consulenza psicologica, a conferma dell'avvenuta ricezione. Gli alunni maggiorenni compileranno al momento dell'incontro il modello di consenso al trattamento dei dati.

**5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI** – il trattamento sarà effettuato con strumenti cartacei ed elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza indicate dal Codice ed ai sensi del Regolamento. Al fine di garantire un trattamento corretto e trasparente i dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti.

**6. DIRITTI DELL'INTERESSATO** – l'interessato potrà rivolgersi, senza particolari formalità, allo sportello di ascolto per far valere i suoi diritti, così come previsto dall'articolo 7 del Codice (e dagli articoli collegati), e dal Capo III del Regolamento, ed in particolare: l'accesso ai propri dati personali disciplinato dall'art. 15 del Regolamento UE 679/2016; la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento previsti rispettivamente dagli artt. 16, 17 e 18 del Regolamento UE 679/2016; la portabilità dei dati (diritto applicabile ai soli dati in formato elettronico) disciplinato dall'art. 20 del Regolamento UE 679/2016; l'opposizione al trattamento dei propri dati personali di cui all'art. 21 del Regolamento UE 679/2016.

Il Dirigente Scolastico<sup>1</sup>

Roberto Scialis

---

<sup>1</sup> Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D. Lgs n. 39/93

**CONSENSO INFORMATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....

nata a .....

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a

.....  
in via/piazza

.....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenni.....

nato a .....

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a

.....  
in via/piazza

.....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre