

## COMUNICAZIONE PER I GENITORI

(modulo da restituire compilato e firmato presso la segreteria di frequenza oppure spedito via mail a:

SEDE DI VIA ROVIGO: [didattica.tecnico@gmca.edu.it](mailto:didattica.tecnico@gmca.edu.it) e [sportello.ascolto@gmca.edu.it](mailto:sportello.ascolto@gmca.edu.it) )

SEDE DI VIA FIGLIE DEI MILITARI: [didattica.professionale@gmca.edu.it](mailto:didattica.professionale@gmca.edu.it) e [sportello.ascolto@gmca.edu.it](mailto:sportello.ascolto@gmca.edu.it) )

COME DA MOLTI ANNI, ANCHE NELL'ANNO SCOLASTICO IN CORSO SARÀ ATTIVATO PRESSO L'ISTITUTO "GOBETTI MARCHESINI CASALE ARDUINO" 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 7° 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 IL DOTT. ANDREA LA TERRA, 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 DI VIA FIGLIE DEI MILITARI 25 IL GIOVEDÌ DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 13.00, A CADENZA SETTIMANALE, DA GIOVEDÌ 24 OTTOBRE 2024 PRESSO L'AULA LIM 2 DEL TERZO PIANO;
- PRESSO LA SEDE DI VIA ROVIGO 19 IL MERCOLEDÌ DALLE ORE 10,00 ALLE ORE 12,00, A CADENZA SETTIMANALE, DA MERCOLEDÌ 23 OTTOBRE 2024 PRESSO L'AULA DEL TERZO PIANO.

È POSSIBILE PRENDERE APPUNTAMENTO CON LO PSICOLOGO NEGLI ORARI DI SPORTELLO, OPPURE CON LA SCUOLA RIVOLGENDOSI PRESSO L'UFFICIO DIDATTICA DELLA SEDE DI FREQUENZA.

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ARTT. 13-14 REG.TO UE 2016/679**

IL DOTT. **ANDREA LA TERRA** 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 LA 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 CONSEGUENZIALMENTE 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) \_\_\_\_\_

O (TUTORE) \_\_\_\_\_

DELLO STUDENTE \_\_\_\_\_ FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_,

NELL'ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

AUTORIZZANO	NON AUTORIZZANO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IL PROPRIO FIGLIO, QUALORA LO DESIDERASSE, AD ACCEDERE DURANTE L'ANNO SCOLASTICO 2024/2025 ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO ATTIVO PRESSO L'ISTITUTO "GOBETTI MARCHESINI CASALE ARDUINO"

TORINO ..... / ..... / .....

FIRMA DEL GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI

\_\_\_\_\_