LICEO CLASSICO STATALE
"G. GARIBALDI"
PALERMO

RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO
SPORTELLO D'ASCOLTO
Dr.ssa Angela Lucia Chisena

I sottoscritti _____ _____

nato/a a : _____ nato/a a _____

il _____ il_____

telefono _____ telefono_____

email _____ email _____

si richiede l'intervento di supporto psicologico

A tal fine dichiara:

☐ Di essere personale dipendente attualmente in servizio presso il liceo G. Garibaldi

☐ Di essere genitore/i dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez._____ plesso centrale

☐ Di essere alunno maggiorenne _____classe/sez___
(nome e cognome)

Affidandosi alla psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena **dichiara** di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge196/2003, che:

- che la prestazione che verrà offerta è un sostegno psicologico di tipo consulenziale, in presenza o secondo le modalità online se necessarie finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;
- i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili;
- Il responsabile del trattamento è la dr.ssa Angela Lucia Chisena;
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte del professionista incaricato dalla scuola;
- La psicologa si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.
- la psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi;

- I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.
- Al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e dal Reg UE 2016/679.

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega :

- ☐ documento di identità (padre/tutore)
- ☐ documento di identita' (madre/tutore)
- ☐ documento di identita' (figlio/a)
- ☐ documento di identita' (richiedente)

Luogo e data FIRMA

_____

FIRMA

_____

Le richieste possono essere inoltrate al seguente indirizzo mail:
angelachisena@byciuro.it
drssa Angela Lucia Chisena tel: 3357220779