



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
ISTITUTO ONNICOMPRESIVO STATALE "A. ARGOLI"  
SCUOLA DELL'INFANZIA-SCUOLA PRIMARIA- SCUOLA SECONDARIA DI 1^GRADO  
E ISTITUTO TECNICO PER IL TURISMO  
Via G. Marconi,51 – 67069 TAGLIACOZZO – C.F. 8100695661  
Tel. 0863/610335 – Fax 0863/698510  
istitutoturisticoargoli.it – e-mail: [aqmm060003@istruzione.it](mailto:aqmm060003@istruzione.it)

I. C. - "A. ARGOLI"-TAGLIACOZZO  
Prot. 0005237 del 23/09/2019  
04-08 (Uscita)

Tagliacozzo, 23/09/2019

Ai docenti e agli alunni

Dell'Istituto "A. Argoli" di Tagliacozzo

Oggetto: Sportello di ascolto.

Si informano i sig.ri Genitori che l'Itet, Istituto Tecnico Economico del Turismo A. Argoli di Tagliacozzo, in ottemperanza al DdL n. 2613 Istituzione della figura professionale di psicologo scolastico e Ddl e DdL n. 2967 Compiti e funzioni dello psicologo per il sostegno alla formazione della personalità dei minori, ha attivato all'interno della sede dell'ITET per l'a.s. 2019/2020 uno Sportello di Ascolto Psicologico.

Lo sportello, che accoglierà gli studenti del plesso scolastico per colloqui di consulenza su tematiche inerenti le difficoltà incontrate nel percorso scolastico, di studio e relazionali, sarà aperto anche alle famiglie degli stessi e al personale docente e ai collaboratori scolastici di ogni ordine e grado.

Lo sportello di ascolto sarà gestito dal Dott. Emanuele Matteo Cerone, Psicologo e Psicoterapeuta che sarà presente in sede ogni Lunedì dal 7 Ottobre al 25 maggio dalle 10.00 alle 13.00.

Gli studenti e le famiglie che avessero il bisogno di intervenire a colloquio con il Dott. Cerone possono prenotare un appuntamento con lo stesso seguendo diverse modalità:

- Inviando una mail a [info@emanuelematteocerone.it](mailto:info@emanuelematteocerone.it) specificando in oggetto: **“prenotazione colloquio”**
- Inserendo la prenotazione sul calendario affisso nella bacheca dell'Istituto, senza scrivere i propri riferimenti, ma affiggendo una X accanto al giorno e all'orario convenuto (solo per studenti e personale scolastico)

Tali accorgimenti per garantire la privacy di studenti, famiglie e personale scolastico in ottemperanza al nuovo GDPR 2016.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Dott.ssa Patrizia Marziale)

The image shows an official seal of the Istituto Tecnico "G. Galilei" in Lodi. The seal is circular and contains the text "ISTITUTO TECNICOMPT. L. 10.10.1958" at the top, "L. 10.10.1958" at the bottom, and "ISTITUTO TECNICOMPT. L. 10.10.1958" on the sides. In the center, there is a star and the text "ISTITUTO TECNICOMPT. L. 10.10.1958". To the right of the seal is a handwritten signature in black ink.



Emanuele Matteo Cerone  
Psicologo – Psicoterapeuta – Analista Transazionale

## Modulo per consenso informato dei genitori per prestazioni a minorenni

Io sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Documento n° \_\_\_\_\_  
e io sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Documento n° \_\_\_\_\_  
Padre e madre del/la minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

siamo stati informati sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà resa dallo Sportello di Ascolto è una prestazione di Servizio di Consulenza Psicologica e sarà effettuata dal Dot. Emanuele Matteo Cerone psicologo e psicoterapeuta iscritto all'Ordine degli Psicologi e Psicoterapeuti dell'Abruzzo con n°2149
- A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;
- La prestazione di Sportello Psicologico non è una Psicoterapia;
- In qualsiasi momento si potrà interrompere la prestazione professionale
- Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
- Esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela della mia persona, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d'accesso alle fonti ed ai materiali;
- Lo sportello psicologico è rivolto ai ragazzi, ai genitori dei ragazzi iscritti all'Istituto Comprensivo A. Argoli di Tagliacozzo (AQ);
- Lo sportello psicologico è altresì rivolto al corpo docente e al personale scolastico del medesimo Istituto;
- Le prestazioni concordate non comportano costi a mio carico e nessuno potrà richiedere un corrispettivo economico per la prestazione;

Informati di tutto ciò, noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata, qualora lo stesso ne faccia richiesta.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma genitore leggibile \_\_\_\_\_

Firma genitore leggibile \_\_\_\_\_



Emanuele Matteo Cerone  
Psicologo – Psicoterapeuta – Analista Transazionale

Firma dello/a studente/ssa  
leggibile \_\_\_\_\_

### **Consenso al Trattamento dei Dati Personali**

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono/siamo stato/i altresì informato che:

- Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
- il trattamento dei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
- I dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
- ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, 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;
- il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
- i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento di consulenza. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento;
- il titolare del trattamento è il Dott. Emanuele Matteo Cerone

Preso visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio figlio.



Emanuele Matteo Cerone

Psicologo – Psicoterapeuta – Analista Transazionale

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma genitore leggibile \_\_\_\_\_

Firma genitore leggibile \_\_\_\_\_

Firma dello/a studente/ssa leggibile \_\_\_\_\_

### Modulo per il consenso ai colloqui con insegnanti

Io sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Documento n° \_\_\_\_\_

e io sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Documento n° \_\_\_\_\_

Genitori del/la minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

DIAMO ESPRESSO CONSENSO al Dott. Emanuele Matteo Cerone ad effettuare uno o più colloqui di confronto e coordinamento con gli insegnanti di Nostro/a figlio/a, sia in nostra presenza che in nostra assenza, nell'esclusivo e primario interesse Nostro e di Nostro/a figlio/a.

Firma genitore leggibile \_\_\_\_\_

Firma genitore leggibile \_\_\_\_\_

Firma dello/a studente/ssa leggibile \_\_\_\_\_