



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE PERITO-LEVI
 Liceo Classico – Liceo Artistico - Liceo Musicale - Liceo Classico Europeo
 Via E. Perito, 20 - Eboli (SA) Tel. 0828/366586 C.M. SAIS059003
 Cod. Fiscale 91053310651- www.iisperitolevi.edu.it CODICE UNIVOCO UFFICIO:UF84TA
 Sede Levi - Via Pescara, 10 - Eboli (SA) Tel. 0828/366793
sais059003@istruzione.it - sais059003@pec.istruzione.it
 DISTRETTO SCOLASTICO N.57 - AMBITO SA-26

I.I.S. - "PERITO - LEVI" -Eboli (SA)
 Prot. 0014102 del 08/11/2025
 V (Uscita)

Ai Docenti
Ai Coordinatori di classe
Alle Proff. Giordano O.
Pepe S.
Agli alunni individuati
Alle famiglie
Al D.S.G.A.
Albo – Atti - Sede

OGGETTO: ATTIVAZIONE SPORTELLLO DI ASCOLTO - SPAZIO ADOLESCENTI A.S. 2025-2026

Si comunicano le date dei prossimi incontri del progetto in oggetto, a cura della Dr.ssa Anna Maria Di Filitto, Psicologa presso l'U.O.A.M.I. di Eboli, Distretto Sanitario n.64 Asl Salerno come di seguito:

data	sede	aula	orario
14/11/2025	Liceo Perito	Biblioteca	9:30-12:30
05/12/2025	Liceo Artistico Levi	Ex Ufficio di Presidenza	9:30-12:30

Gli alunni interessati potranno inviare l'istanza allegata entro e non oltre il 12/11/2025 all'indirizzo **areaalunni@iisperitolevi.edu.it** con a corredo, anche per gli alunni maggiorenni, l'autorizzazione firmata da entrambi i genitori con allegati documenti di identità e consenso al trattamento dati.

Le docenti responsabili (proff. O. Giordano e S. Pepe) garantiranno l'organizzazione e l'informativa agli alunni coinvolti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Laura M. Cestaro

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.Lgs n.39/1993

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO

Al Dirigente Scolastico

dell'IIS Perito Levi

E B O L I

Oggetto: Richiesta di partecipazione allo “**Sportello di Counseling Psicologico**”

Alunno_____

l sottoscritt_____ (cognome e nome), nat__ a

_____ il_____

alunno di questa Istituzione Scolastica, frequentante la classe_____ sez._____ indirizzo di
studio_____

C H I E D E

di partecipare allo **Sportello di Counseling Psicologico** in data_____.

Allega alla presente

Autorizzazione dei genitori

Informativa Privacy

Eboli,_____

Firma_____

**AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLE
"ATTIVITÀ DI COUNSELING PSICOLOGICO" - A.S. 2025/2026**

I sottoscritti genitori, padre/affidatario _____,
madre/affidataria _____,
del/lla minore _____ nato/a a _____,
il _____

frequentante la classe _____ dell'I.I.S. Perito-Levi (indirizzo _____)
a conoscenza delle Attività di Ascolto Psicologico svolte dalla Dott.ssa Anna Maria Di Filitto
e della finalità che questa funzione intende perseguire ai fini del benessere degli studenti,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, di questo servizio.

Data _____

Firma Padre _____

Firma Madre _____

Dichiarazione di consenso ai fini dell'Art. 13 del D. LGS 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i sottoscritti _____ padre..... e madre..... in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore, esprimono il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore)..... necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

Data _____

Firma Padre _____

Firma Madre _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dalla psicologa 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 finalità per i quali sono stati raccolti, i dati personali verranno **anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati, distrutti in modo sicuro**.

È necessario allegare fotocopia dei documenti di identità dei genitori/tutori.