

CONSENSO INFORMATO
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018
PER LA PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLLO DI SUPPORTO PSICOLOGICO
CONSENSO PER STUDENTI

Il/la sottoscritto/a _____, nato il _____
a _____ prov. _____ residente in
_____ Via _____ prov. _____
tel. _____ email _____ in qualità di
_____ (genitore/tutore)

E

Il/la sottoscritto/a _____, nato il _____
a _____ prov. _____ residente in
_____ Via _____ prov. _____
tel. _____ email _____ in qualità di
_____ (genitore/tutore)

dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____
telefono _____ email _____

Preso atto che:

1. presso **P.I.C. Rapisardi-Garibaldi** è stato istituito uno sportello di ascolto rivolto al personale scolastico, agli studenti ed alle famiglie, curato - per conto e ad onere dell'Istituzione scolastica - dalla Dott.ssa **Teresa Fici**, professionista iscritta all'Ordine dei Psicologi e Psicoterapeuti della Sicilia;
2. In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, per la prestazione sopradescritta, potranno essere utilizzati anche **i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica o telefonica, preventivamente concordata tramite email da inviare direttamente alla psicologa**. Per prestazioni rivolte a **minori di 18 anni**, il consenso informato è sempre richiesto **ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale** secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

- ✓ di avere preso visione della locandina informativa e della comunicazione della dott.ssa Fici pubblicate nella sezione dedicata allo sportello d'ascolto del sito web www.icrapisardi-garibaldipalermo.edu.it;
- ✓ di aver preso visione dell' informativa relativa al trattamento di dati personali pubblicata nella sezione dedicata allo sportello d'ascolto del sito web www.icrapisardi-garibaldipalermo.edu.it;

- ✓ di essere consapevoli che i dati personali raccolti **nell'ambito** del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto;

E, **nell'esercizio** della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato

esprimono il seguente consenso informato:

La/il sottoscritta/o _____, in qualità di _____ genitore/tutore legale

dà il consenso nega il consenso,

al trattamento dei dati ai sensi del GDPR 2016/679.

dà il consenso nega il consenso,

In merito alla partecipazione dell'alunno/a _____ alle attività, anche individuali, previste nell'ambito del progetto SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Data _____ Firma _____

La/il sottoscritta/o _____, in qualità di _____ genitore/tutore legale

dà il consenso nega il consenso,

al trattamento dei dati ai sensi del GDPR 2016/679.

dà il consenso nega il consenso,

In merito alla partecipazione dell'alunno/a _____ alle attività, anche individuali, previste nell'ambito del progetto SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Data _____ Firma _____