

**CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE SPORTELLLO SUPPORTO PSICOLOGICO A
DISTANZA E TRATTAMENTO DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE
2016/679 E D.LGS. 101/2018**

CONSENSO ADULTI

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ prov. _____ residente in _____

Via _____ prov. _____ e-mail _____

tel. _____ avente la seguente qualifica di :

(indicare, se docente, materia, plesso e classi assegnate- se ATA la qualifica ed il plesso di appartenenza, Se genitore il nome e la classe dell'alunno) _____

_____ ,

Con la sottoscrizione della presente dichiara:

1. di essere a conoscenza che presso l'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 - dalla Dott.ssa Teresa Fici, professionista iscritta all'Ordine dei Psicologi e Psicoterapeuti della Sicilia;
2. di essere a conoscenza che in questo particolare momento, il supporto psicologico verrà fornito anche in riferimento alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del COVID-19;
3. di essere a conoscenza che in ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, i colloqui di consulenza e supporto psicologico potranno essere effettuati solamente in modalità telematica o telefonica, preventivamente concordata tramite email inviata direttamente alla Psicologa.
4. 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;
5. 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;
6. 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;

Luogo e data _____

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, in merito al trattamento dei dati personali necessari per la partecipazione al progetto Sportello di ascolto, .

[] dà il consenso [] nega il consenso,

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

Palermo _____

Firma
