

Modello di autorizzazione colloquio individuale- progetto “Sportello di ascolto”

Al Dirigente Scolastico
**ISTITUTO COMPRENSIVO “ALCIDE DE
GASPERI”**

I sottoscritti.....
....., genitori (esercitanti la potestà genitoriale) dell’alunno/a
..... frequentante, nell’a.s. 2022/2023, la classe.....
sez. , preso atto del progetto “Sportello di ascolto “ e della
relativa informativa

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a al colloquio individuale con la psicologa esperta esterna del Progetto
“Sportello di ascolto”, Dott.ssa Arianna Matera.

(luogo e data)

.....
.....

(firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale)

(Nel caso in cui uno dei due genitori sia impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto (cognome e nome):dichiara che, ai fini
dell’applicazione dell’art. n.317 del Codice Civile, l’altro genitore **non** può firmare il consenso in
quanto assente per:

Lontananza Impedimento Altro

Firma del genitore dichiarante

.....

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO PER I MINORI

(ai sensi del "Codice deontologico degli Psicologi Italiani")

In riferimento al progetto "Sportello D'Ascolto" istituito presso l' Istituto Comprensivo "Alcide De Gasperi" si informa che:

1. la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico ;
2. a tal fine verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio ;
3. gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano l'ascolto, la prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale, potenziamento del benessere psicofisico, l' orientamento;
4. la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art.11) ed agli obblighi di legge previsti (art.13);

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

I dati personali sono trattati in modo lecito, secondo correttezza e con adozione di idonee misure di protezione.

Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all'attività dello spazio di ascolto e per adempiere agli obblighi derivanti dall'incarico della Dott.ssa Arianna Matera.

I dati in nessun caso vengono comunicati a soggetti privati senza il preventivo consenso scritto dell'interessato.

Si potrebbe dover rendere accessibili i dati che vi riguardano alle Autorità sanitarie e/o giudiziarie , nonché a terzi qualificati solo sulla base di precisi doveri di legge .

Il titolare e responsabile del trattamento dei dati relativi alle attività dello "Sportello D'Ascolto" è la Dott.ssa Arianna Matera.

In ogni momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. lgs. 196/2003 .

Dichiarazione di consenso ai fini dell'art. 13 del D. LGS 196/2003 - GDPR

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.....madre.....

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore esprimono il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del figliolo minore).....

necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

Data _____

Firma

Padre _____

Madre _____

(Nel caso in cui uno dei due genitori sia impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto (cognome e nome):dichiara che, ai fini dell'applicazione dell'art. n.317 del Codice Civile, l'altro genitore **non** può firmare il consenso in quanto assente per:

Lontananza Impedimento Altro

Firma del genitore dichiarante

.....

RECAPITI TELEFONICI dei genitori

Tel. Padre:.....

Tel Madre:.....