

CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Progetto SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA – CONSENSO PER IL PERSONALE SCOLASTICO

Il sottoscritto _____ docente di _____
nelle classi _____, nato il _____
a _____ prov. _____ residente a _____
Via _____ prov _____ e-mail _____
tel. _____

Con la sottoscrizione della presente dichiara:

- Di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020-21 presso l'Istituto frequentato dall'alunno, nell'ambito del Progetto SPORTELLO **D'ASCOLTO PSICOLOGICO**;
- Di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste **all'interno** del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali;
- Di essere consapevole 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;
- Di aver ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, **esprime il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679**;
- Di esprimere il consenso a partecipare alle attività programmate all'interno del progetto.

Luogo e data _____

Firma del Docente

=====

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate **nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018**

Luogo e data _____

Firma del Docente
