

CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018

SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA – CONSENSO PER GENITORI

Il sottoscritto genitore/tutore _____,

nato il _____ a _____ prov. _____ residente a

_____ Via _____ prov. _____

tel. _____ email _____

E

Il sottoscritto genitore/tutore _____,

nato il _____ a _____ prov. _____ residente a

_____ Via _____ prov. _____

tel. _____ email _____

dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____

telefono _____ email _____

vengono informati sulle attività e finalità del supporto Psicologico a distanza istituito presso **l'IISS**

“Gioeni-Trabia” rivolto ad alunni, genitori e docenti.

Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere **dell'Istituzione** - dalla Dott.ssa **Teresa Fici**, professionista iscritta **all'Ordine** degli Psicologi di Palermo.

In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, **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 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 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.
- Di aver ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, **esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.**
- Esprimono il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del progetto SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Luogo e data _____

Firma Padre

Firma Madre

=====

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 Padre

Firma Madre
