

MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALLO SPORTELLO DA FIRMARE E CONSEGNARE A SCUOLA

**SPORTELLO PSICOLOGICO
DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Decreto legislativo del 30/06/2003 n.196 GDPR 679/2016

(da compilare e firmare a tutti coloro che detengono la responsabilità genitoriale del minore)

Io sottoscritto nato a il e
residente a Via/Piazza

e la sottoscritta nata a il e
residente a Via/Piazza

rispettivamente PADRE e MADRE del minore (o detentori della responsabilità genitoriale del minore –
specificare se firmato solo da un genitore la motivazione dell'assenza della firma)

Nome.....Cognome.....

nato/a a il Classe

(contatto mail istituzionale del minore..... cell.)

SONO INFORMATO CHE:

- 1) data la situazione attuale d'emergenza e le misure di tutela adottate per il contenimento della diffusione del COVID-19 e data la possibilità che non si possa garantire l'accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico presso i locali del nostro Istituto Scolastico in situazione legate alle procedure di quarantena ed isolamento, la prestazione che verrà offerta potrà svolgersi con due modalità: se la scuola procederà con regolarità si svolgeranno colloqui in presenza, ma se qualche limitazione dovesse attivarsi, sarà possibile svolgere i colloqui attraverso modalità di consulenze online (piattaforma della scuola);
- 2) i colloqui saranno volti, in ogni caso, a potenziare il benessere psicologico del minore;
- 3) la prestazione professionale sarà resa nel rispetto del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani";
- 4) i dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ivi compresi i dati sensibili e GDPR679/2016;
- 5) il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e avrà come unico scopo l'espletamento delle finalità legate all'attività di consulenza e alla rilevazione dei bisogni del minore;
- 6) titolare e responsabile del trattamento dei dati è la Dott.ssa Silvia Filipello iscritto all'albo degli Psicologi del Veneto con n. 10089.
- 7) lo spazio di ascolto individuale sarà attivato secondo le date e le modalità concordate col minore attraverso contatti a distanza, qualora la presenza a scuola non sia possibile per le misure di prevenzione e sicurezza.

PERTANTO

AUTORIZZO mio/a figlio/a a usufruire, qualora lo desiderasse, "Sportello d'Ascolto Psicologico" (attivo con modalità in presenza o di "consulenza online" per l'anno scolastico 2020-21 e autorizzo al trattamento dei suoi dati personali secondo la normativa vigente (Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR) e D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

NON AUTORTIZZO

DATA _____ FIRMA GENITORE _____
FIRMA GENITORE _____

DA COMPILARE, FIRMARE E CONSEGNARE A SCUOLA (COORDINATORE DI CLASSE)