

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

(richiesta app.to per alunne/i)

La sottoscritta e il sottoscritto

in qualità di genitori / affidatari / tutori del/la minore

nata/o a il , frequentante la classe

del Liceo Classico Statale "Ugo Foscolo" di Albano Laziale (RM)

dichiarano

- di conoscere l'esistenza del servizio di sportello di ascolto presso il Liceo stesso;
- di essere a conoscenza che verrà offerta una consulenza psicologica (tramite colloquio) finalizzata alla comprensione delle dinamiche e delle problematiche personali, relazionali e scolastiche, non una psicoterapia;
- di essere a conoscenza che la prestazione offerta verrà effettuata nel pieno rispetto delle norme contenute nel Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (Artt. 11, 12, 13) e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n.101/2018 e GDPR Regolamento UE 2016/679);

AUTORIZZANO ☐

NON AUTORIZZANO ☐

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di eventuali incontri se richiesti dall'alunna/o o su proposta condivisa dei docenti di riferimento dell'alunna/o stessa/o, in accordo con le modalità sopra riportate.

Albano Laziale, data

Firma genitori/affidatari/tutori:

.....
.....

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Informativa sul trattamento dei dati personali

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del d.lgs 101/2018

Con la presente Vi informiamo che il Regolamento Europeo 2016/679 (General Data Protection Regulation) ha introdotto una specifica disciplina in materia di tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e particolari (che corrispondono ai dati sensibili, individuati ai sensi del d.lgs 196/2003, successivamente modificato dal d.lgs 101/2018). Secondo la suddetta normativa, il trattamento dei dati deve essere eseguito secondo i principi di correttezza, trasparenza e di tutela della Vostra riservatezza e dei Vostri diritti. In particolare, i dati denominati particolari possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore.

1. Finalità del trattamento: La informiamo che i dati particolari verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso il Liceo Classico Ugo Foscolo di Albano Laziale nei confronti di minori che frequentano la scuola. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea e si sviluppa in una consulenza psicologica breve.

2. Modalità del trattamento: Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle sopra descritte finalità. Il trattamento dei dati particolari viene effettuato direttamente dal Dr Sandro Gatti sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

3. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso: I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

4. Diritti dell'interessato: Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 17 del GDPR in merito alla cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati personali registrati.

I sottoscritti Cognome e nome del padre/tutore..... Cognome e nome della madre/tutoregenitori/tutori del minore..... classe..... in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del GDPR

☐ ACCONSENTONO

☐ NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati particolari di (nome del minore) _____ necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data,

Firma del padre/tutore

Firma della madre/Tutore.....

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori