

CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Progetto SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA - CONSENSO PER DOCENTI

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 SPAZIO 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.
- avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, **esprime il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.**

Ed esprime 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.

Firma del docente
