

# CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

## SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA - CONSENSO PER GENITORI

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

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'IC Ilaria Alpi rivolto ad alunni, genitori e docenti.

Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell'Istituzione - dalla Dottoressa **Pepe Donata**, professionista iscritta all'Ordine dei Psicologi e Psicoterapeuti della Lombardia.

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 o secondo accordo diretto con la 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 SPAZIO ASCOLTO
- 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.
- avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, **esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.**

Ed esprimono il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del progetto SPAZIO ASCOLTO.

Luogo e data \_\_\_\_\_

firma del genitore

firma del genitore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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 genitore

firma del genitore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_