

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO
"SPORTELLLO DI ASCOLTO" A.S. 2021/2022**

Io sottoscritto padre/affidatario/tutore _____ e io sottoscritta
madre/affidataria/tutrice _____ dell'alunno/a _____
frequentante la classe ____ sez. ____ plesso _____, a conoscenza del servizio
di Sportello d'ascolto psicologico a scuola

☐ **AUTORIZZA** ☐ **NON AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a minorenne ad usufruire, su richiesta da parte dello stesso, degli incontri individuali e/o di piccoli gruppi ed a partecipare ad eventuali altre attività, inerenti lo Sportello d'ascolto, svolti dalla Psicologa scolastica Dott.ssa Adriana Saraceni.

Data, _____

Firme di entrambi i genitori

E' necessaria la firma di entrambi i genitori: in caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data, _____

FIRMA _____

**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e
dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono dati professionali, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta. Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione; nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Ai fini dell'erogazione della prestazione il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.

I dati personali verranno conservati dallo psicologo solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata. Esaurite tali finalità i dati personali verranno anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati e/o distrutti in modo sicuro.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

☐ **FORNISCE IL CONSENSO** ☐ **NON FORNISCE IL CONSENSO**

al trattamento dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Data _____

Firma di entrambi i genitori

E' necessaria la firma di entrambi i genitori: in caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data, _____

FIRMA _____