



Istituto di Istruzione Superiore "Giorgio Asproni" – "Enrico Fermi"

Istituto Tecnico settori Tecnologico ed Economico, Liceo Scientifico opzione Scienze Applicate

C.M. CAIS02700R, C.F. 90036560929, e-mail: cais02700r@istruzione.it, pec: cais02700r@pec.istruzione.it

Sede "Is Arruastas": Via G.Falcone, 7 - 09016 Iglesias (SU) - Tel. 0781-22563

Sede "Giorgio Asproni": Via Roma, 45 - 09016 Iglesias (SU) - Tel. 0781-22304

CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018 SUPPORTO PSICOLOGICO A.S. 2024/2025

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 _____ nato a _____ prov. _____
il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____
telefono _____ email _____

vengono informati sulle attività e finalità del Supporto Psicologico presso l'I.I.S. "ASPRONI"-“FERMI” rivolto ad alunni, genitori, docenti e a tutto il personale scolastico. Il suddetto servizio è curato dalla Dott.ssa MAMELI Maria, iscritta regolarmente all'Ordine degli psicologi della Sardegna Matr.n.937 e contattabile ai recapiti 320/6935320 e-mail riamameli@tiscali.it.

I colloqui di consulenza e supporto psicologico e i laboratori in classe con tutti gli studenti, sono finalizzati all'acquisizione di una conoscenza più approfondita degli interessi, delle attitudini, delle capacità, del metodo di studio personale e della personalità dei ragazzi in relazione ai problemi e alle difficoltà che incontrano dentro e fuori la scuola.

In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, sono utilizzati per la prestazione sopradescritta, i colloqui effettuati tramite consulenza preventivamente concordata tramite apposita richiesta nella cassetta dedicata presente a scuola. 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. Il servizio di consulenza è rivolto anche ai genitori che ne volessero usufruire.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento UE n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. I sottoscritti, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato:

- avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679;
- avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità della stessa, autorizzano o non autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere al supporto Psicologico e alla partecipazione ai laboratori in classe.

Luogo e data _____

Per i colloqui di supporto Autorizzo Non Autorizzo
Per i laboratori in classe Autorizzo Non Autorizzo

Firma padre _____

Per i colloqui di supporto Autorizzo Non Autorizzo
Per i laboratori in classe Autorizzo Non Autorizzo

Firma madre _____

Per i colloqui di supporto Autorizzo Non Autorizzo
Per i laboratori in classe Autorizzo Non Autorizzo

Firma tutore _____