ISTITUTO COMPRENSIVO
INFANZIA- PRIMARIA - SECONDARIA 1° GRADO
" MANZONI – DINA e CLARENZA"
Via Ghibellina, 211 – 98123 MESSINA
Tel. 0902921015 – **Fax** 0906518057
C.F.: 97093460836 - C.M. MEIC86700E - Codice Univoco Ufficio UFJ2O5
Sito web:httpwww.icmanzonidinaeclarenza.edu.it - e-mail:meic86700e@istruzione.it
PEC meic86700e@pec.istruzione.it

SPORTELLO PSICOLOGICO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

DECRETO LEGISLATIVO DEL 30/06/2003 n. 196 GDPR 679/2016

(da far compilare e firmare a tutti coloro che detengano la responsabilità genitoriale del minore)

Il sottoscritto……, nato a …… il ……. e residente a ……. Via/Piazza ……. C.F. …… identificato mediante documento …… N. …… Rilasciato da …… il …….

La sottoscritta ……, nata a …… il ……. e residente a ……. Via/Piazza ……. C.F. …… identificata mediante documento …… N. …… Rilasciato da …… il …….

Rispettivamente PADRE e MADRE del minore (o detentori della responsabilità genitoriale del minore)

Nome …….. Cognome ……

Nato/a a …… Il …….

SONO INFORMATO CHE:

1. Data la situazione attuale d'emergenza e le misure di tutela adottate per il contenimento della diffusione del COVID-19, la prestazione offerta consisterà in consulenze psicologiche online o, ove possibile, in presenza;
2. I colloqui saranno volti a potenziare il benessere psicologico del minore;
3. La prestazione professionale sarà resa nel rispetto del "***Codice Deontologico degli Psicologi Italiani***";
4. I dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "***Codice in materia di protezione dei dati personali***", ivi compresi i dati sensibili e GDPR 679/2016;

5. Il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e avrà come unico scopo l'espletamento delle finalità legate all'attività di consulenza e alla rilevazione dei bisogni del minore;
6. Titolare e responsabile del trattamento dei dati è la **Dott.ssa Rosalba LAZZAROTTO**, psicologo psicoterapeuta iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia al n. 0983-A;
7. Lo spazio di ascolto individuale sarà attivato secondo le date e le modalità concordate con il minore.

PERTANTO

AUTORIZZO mio figlio/a ad usufruire, qualora lo desiderasse, del *C.I.C. Centro di Informazione e Consulenza* ("***Sportello d'Ascolto Psicologico***") attivo con modalità di consulenza online presso l'Istituto Comprensivo "***Manzoni – Dina e Clarenza***" per l'anno scolastico 2021/22 e autorizzo al trattamento dei suoi dati personali secondo la normativa vigente (Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR) e D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196).

DATA_____

FIRMA GENITORE_____

FIRMA GENITORE_____