

Servizio di Sportello d'Ascolto - CONSENSO INFORMATO

(in caso di studente minorenni)

N.B. Senza tale consenso gli studenti minorenni non possono accedere allo Sportello d'ascolto

Autorizzazione dei genitori o di chi detiene la potestà genitoriale del minore per usufruire del servizio "Sportello d'ascolto per la prevenzione della dispersione scolastica e del disagio giovanile"

Io sottoscritto (Nome e Cognome **Padre**) _____

nato a _____ il _____

identificato mediante documento (Carta identità/Patente/Passaporto) _____

n° _____, rilasciato da _____ il _____

ed io sottoscritta (Nome e Cognome **Madre**) _____

nata a _____ il _____

identificato mediante documento (Carta identità/Patente/Passaporto) _____

n° _____, rilasciato da _____ il _____

genitori del minore
(Nome e Cognome **Minore**) _____ classe _____

in virtù della potestà genitoriale, **diamo il consenso** a che nostro/a figlio/a possa usufruire dei servizi dello Sportello d'ascolto svolti presso l'IIS Belluzzi-Fioravanti dal corrente a.s., ovvero: colloqui individuali e interventi di gruppo (quali osservazione in classe, momenti laboratoriali e informativi), sia in presenza che da remoto (tramite piattaforme in uso in Istituto); consapevoli che lo psicologo svolge attività di consulenza psicologica e di ascolto, avendo come obiettivo il benessere psico-sociale dell'utenza (sia singolarmente, che nel gruppo-classe) e coinvolgendo (nei limiti di Legge, previo consenso specifico e qualora fosse strettamente necessario) i professionisti della scuola e le figure genitoriali.

Tale consenso ha effetto per l'intero a.s. cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, fermo restando il diritto di revocarlo in qualunque momento.

Data

Firma Padre _____ Firma Madre _____

N.B. nel caso di firma di un solo genitore, egli dichiara su sua responsabilità che l'altro genitore è d'accordo.

CONSENSO TRATTAMENTO dei DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679, D.Lgs. 196/2003 e D.Lgs. 101/2018

Altresì esprimiamo il consenso al trattamento dei dati personali (nostri e del minore suddetto), da parte del dott. M. Belluzzi e del dott. Vincenzo Roberto Fermo, per gli scopi relativi all'attività in oggetto e conformemente alla Legge.

Data

Firma Padre _____ Firma Madre _____

Servizio di Sportello d'Ascolto - CONSENSO INFORMATO

(in caso di maggiorenne)

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nato a _____ il _____

identificato mediante documento (Carta identità/Patente/Passaporto) _____

n° _____, rilasciato da _____ il _____

classe _____

esprimo il **consenso informato** circa la fruizione dei servizi dello Sportello d'ascolto svolti presso l'IIS Belluzzi-Fioravanti dal corrente a.s., ovvero: colloqui individuali e interventi di gruppo (quali osservazione in classe, momenti laboratoriali e informativi), sia in presenza che da remoto (tramite piattaforme in uso in Istituto); consapevole che lo psicologo svolge attività di consulenza psicologica e di ascolto, avendo come obiettivo il benessere psico-sociale dell'utenza (sia singolarmente, che nel gruppo-classe) e coinvolgendo (nei limiti di Legge, previo consenso specifico e qualora fosse strettamente necessario) i professionisti della scuola.

Tale consenso ha effetto per l'intero a.s. cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, fermo restando il diritto di revocarlo in qualunque momento.

Data

Firma _____

CONSENSO TRATTAMENTO dei DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679, D.Lgs. 196/2003 e D.Lgs. 101/2018

Altresì esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, da parte del dott. M. Belluzzi e del dott. Vincenzo Roberto Fermo, per gli scopi relativi all'attività in oggetto e conformemente alla Legge.

Data

Firma _____