



Liceo delle Scienze Umane ed Economico Sociale

**SOFONISBA ANGUISSOLA**

Sistema di Gestione della Qualità UNI EN ISO  
9001-2015 Certificato CSQ



**MODULO DI CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEL SERVIZIO CIC  
“VIVERE BENE LA SCUOLA – SPAZIO DI ASCOLTO PSICOLOGICO”  
AI SENSI DELL’ART.13 DEL D.LGS. 196/2003 E DEGLI ARTT. 13-14 DEL GDPR**

Il/La sottoscritto/a .....  
esercitante la responsabilità genitoriale del minore  
.....  
frequentante la classe .....  
della ..... scuola  
.....

**ACCONSENTE**

- al trattamento dei dati personali da parte del titolare del trattamento secondo quanto previsto dall’art. 13 del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e degli artt. 13-14 GDPR recanti disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (v. Informativa allegata);
- alla consultazione, da parte di mio figlio/a, dello sportello di ascolto psicologico.

**L’autorizzazione rimane valida fino alla fine dell’Anno Scolastico 2023/2024.**

Data .....

Firma .....

*Ai sensi dell’art.13 del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13-14 GDPR, La informiamo che i dati personali acquisiti in relazione all’attività dello sportello saranno gestiti nel rispetto della vigente normativa in tema di privacy.*



Liceo delle Scienze Umane ed Economico Sociale

**SOFONISBA ANGISSOLA**



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, in relazione ai dati personali che La riguardano e che saranno oggetto del trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. I dati sensibili da Lei forniti saranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza e in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità di consulenza connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito.
2. Il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di fornirLe la prestazione richiesta e la relativa assistenza.
4. I dati in nessun caso saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati.
5. Il titolare del trattamento è la dott.ssa Paola Pighi, psicologa e psicoterapeuta iscritta all'Albo dell'Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia (n° 13680).
6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguardano o il diritto di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento.
7. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.
8. I suoi dati verranno conservati per il tempo necessario per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1 e in ogni caso per assolvere agli obblighi imposti dalle normative sanitarie.
9. Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile. L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese.

Firma per presa visione .....