ACCESSO STUDENTI MINORI ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO dall'A.S. 2026/27

MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. di Albinea
Via Quasimodo, 2
42020 Albinea (RE)

I sottoscritti

_____ nato a _____, il ___/___/___, e

_____ nata a _____ il ___/___/___,

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul / sulla minore _____,

nato/a a _____ il ___/___/___, frequentante la classe ____ dell'I.C. di Albinea (RE),

1. DICHIARANO di aver preso visione della circolare n° 57 del 15/10/2026 avente a oggetto "**Attivazione del servizio di sportello di ascolto psicologico – a.s. 2026/27**" e

☐ **autorizzano** ☐ **non autorizzano**

il/la proprio/a figlio/a ad accedere al servizio di Sportello Psicologico con le modalità ivi comunicate.

ED

2. ESPRIMONO il proprio **CONSENSO al trattamento dei dati personali**, per le finalità previste dal progetto e con le modalità di seguito specificate, sottoscrivendo quanto segue:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto:

- Che l'Istituto Comprensivo di Albinea (RE) ha nominato la Dott.ssa in Psicologia Laura Salsi, specializzata con Master in "Psicologia Scolastica" - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza e profili di cura – c/o *Spazio Iris* (Milano) (nel seguito denominata "Psicologa"), quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali essenziali e necessari allo svolgimento delle attività di ascolto e consulenza previste dal servizio di "Sportello di ascolto psicologico";
- che la suddetta nomina espressamente prevede:
  - che la Psicologa effettui il trattamento dei dati personali attenendosi ai vincoli del segreto professionale, così come declinati dal **codice deontologico dell'Albo degli psicologi**;
  - che la Psicologa incaricata del servizio di Sportello Psicologico possa prendere contatto, qualora lo ritenesse utile nell'interesse dell'alunno, con: **a)** gli insegnati della classe, per acquisire le necessarie informazioni relative al contesto e ai comportamenti osservati dello/a studente / studentessa interessata; **b)** con altri specialisti accreditati dell'APS "Gancio Originale" per un confronto professionale sulla particolare casistica emersa.

Confermano di aver data lettura dell'informativa privacy "INFORMATIVA PRIVACY DI ISTITUTO ALUNNI E LORO FAMILIARI" pubblicata sul sito istituzionale dell'istituto scolastico sulla pagina "**INFORMATIVE PRIVACY - IC DI ALBINEA**", in particolare della sezione relativa ai "Diritti dell'interessato, ai sensi degli artt. 15-18 e 20-21 del Regolamento UE 2016/679" e i dati relativi al "Titolare del Trattamento" e al "Responsabile della Protezione dei Dati".

Esprimono il proprio consenso al trattamento, con le modalità sopra esposte, dei dati personali dello studente citato in premessa da parte della Psicologa incaricata del servizio, per perseguire le finalità previste dal relativo progetto del PTOF "Sportello di ascolto psicologico".

_____, _____
(Luogo) *(data)*

I GENITORI /
GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

_____
(firma)

_____
(firma)

DICHIARAZIONE IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali previste ai sensi del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiara che l'altro genitore del bambino è stato da me informato e ha condiviso quanto dichiarato con il presente modulo, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

_____
(Firma dell'unico genitore sottoscrittore)