

Al Dott. Saul Piffer

Oggetto: Autorizzazione per la consulenza Sportello d'Ascolto a Distanza PER GENITORE

Da inviare a: piffersaul@hotmail.com

Io sottoscritto/a nato a
il....., genitore dell'alunnofrequentante la classe
.....dell'Ic9 Ambrosoli di Vicenza, acconsente a realizzare
l'incontro di consulenza psicologica online o l'incontro di consulenza psicologica telefonica ed esprime il
consenso al trattamento dei dati come descritto ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 ("Codice
Privacy"), dal Regolamento Ministeriale n. 305 del 7/12/2006 e dal Regolamento europeo 2016/679
(General Data Protection Regulation - GDPR).

I colloqui avverranno online, attraverso l'uso di piattaforme, software e/o applicazioni digitali che
permettano la televideo chiamata in diretta streaming e non potranno dunque essere in alcun modo
registrati e/o divulgati, attenendosi alla regolamentazione della privacy personale e in riferimento
all'uso improprio del dispositivo tecnologico. Il rapporto di consulenza è confidenziale e s'inserisce
nelle regolamentazioni del codice deontologico dell'Ordine degli Psicologi.

Il/la Sottoscritto/a dichiara di aver letto l'Informativa per il trattamento dei dati personali Saul Piffer e di prestare il
consenso al trattamento

Allego copia di documento d'identità

Letto e accettato

Data _____

FIRMA _____

Allegato: Informativa per il trattamento dei dati personali Saul Piffer

Al Dott. Saul Piffer

Oggetto: Autorizzazione per la consulenza Sportello d'Ascolto a Distanza (SPAD) PER MINORE

Da inviare a: piffersaul@hotmail.com

La sottoscritta (madre) _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,
telefono _____,

il sottoscritto (padre) _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____, telefono _____,
genitori dell'alunnofrequentante la classe

.....dell'Ic9 Ambrosoli di Vicenza, acconsentiamo che il proprio figlio realizzi l'incontro di consulenza psicologica online o l'incontro di consulenza psicologica telefonica con il dott.Saul Piffer ed esprimiamo il consenso al trattamento dei dati come descritto ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 ("Codice Privacy"), dal Regolamento Ministeriale n. 305 del 7/12/2006 e dal Regolamento europeo 2016/679 (General Data Protection Regulation - GDPR).

I colloqui avverranno online, attraverso l'uso di piattaforme, software e/o applicazioni digitali che permettano la televideo chiamata in diretta streaming e non potranno dunque essere in alcun modo registrati e/o divulgati, attenendosi alla regolamentazione della privacy personale e in riferimento all'uso improprio del dispositivo tecnologico. Il rapporto di consulenza è confidenziale e s'inserisce nelle regolamentazioni del codice deontologico dell'Ordine degli Psicologi.

I Sottoscritti dichiarano di aver letto l'Informativa per il trattamento dei dati personali Saul Piffer e di prestare il consenso al trattamento

Allego copia di documento d'identità di entrambi i genitori

Letto e accettato

Data _____

FIRME _____

Allegato: Informativa per il trattamento dei dati personali Saul **Piffer**

Autocertificazione da allegare e da compilare **in caso di genitore UNICO esercente potestà genitoriale che intende autorizzare il figlio a usufruire dello sportello a distanza presso l'IC 9 Ambrosoli**, gestito dal dott. Saul Piffer:

Io sottoscritto..... nato a il.....

identificato mediante documento: n°

rilasciato da

in qualità di del minore..... frequentante la classe

dichiaro di essere l'unico esercente la patria potestà per il seguente motivo (in caso di provvedimento giuridico,

mettere i riferimenti al numero del provvedimento, all'autorità emanante e alla data di emissione):

.....
.....

Data
.....

Firma

Allego copia documento d'identità