ACCESSO STUDENTI MINORI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO A.S. 2021/22

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 ___/___/___,

Codice Fiscale n° _____, e

_____ nata a _____ il ___/___/___,

Codice Fiscale n° _____, 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° 76 avente a oggetto "**Attivazione del servizio di sportello di consulenza psicologica per l'a.s. 2021/22**" e

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

   la partecipazione del/la proprio/a figlio/a ad accedere al servizio di Sportello Psicologico con le modalità e nei giorni ivi comunicati.

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 Clinica e di Comunità Arlini Silvia (nel seguito denominata con "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 per un confronto professionale sulla particolare casistica emersa.

Confermano di aver data lettura dell'informativa privacy "INFORMATIVA ALUNNI MINORENNI E FAMIGLIARI-REV. 3" pubblicata sul sito istituzionale dell'istituto scolastico (https://icalbinea.edu.it/ - voce "Privacy" nella barra dei menu in alto), in particolare per quanto concerne i "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 da parte della Psicologa, con le modalità sopra esposte, dei dati personali dello studente succitato, per perseguire le finalità previste dal progetto "Sportello psicologico".

_____, _____
(Luogo) *(data)*

I GENITORI /
GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

_____
(firma)

_____
(firma)