



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Via Roma 51 - 20014 Nerviano (MI)
Tel: 0331587220 - Fax: 0331584028
miic85300x@istruzione.it
www.icnerviano.edu.it
miic85300x@pec.istruzione.it

**Sportello d'Ascolto - CONSENSO INFORMATO
INFANZIA - PRIMARIA – SECONDARIA 1° GRADO
A.S. 2021- 2022**

I sottoscritti

(cognome e nome del padre).....

(cognome e nome della madre)

Genitori del minore (cognome e nome del figlio)

Frequentante la scuola primaria scuola secondaria di 1° grado di

Recapito telefonico:Indirizzo email

ESPRIMONO

Il proprio consenso affinché il minore _____

abbia accesso allo sportello di ascolto psicologico, anche in modalità on line, attraverso la piattaforma Google Meet, in data ed ora concordati con la Dott.ssa Muccia Fiorella, previo appuntamento precedentemente stabilito;

partecipi alle attività svolte in classe dalla Dott.ssa Fiorella Muccia

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato che:

- il Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati;
- Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti all'attività di psicologo per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi;
- è assolutamente vietata la registrazione del colloquio psicologico on line, il cui contenuto è tutelato dall'art. 5 comma 3 del codice privacy; nel caso in cui venisse accertata una tale condotta, essa potrà essere sottoposta all'Autorità competente.
- lo psicologo è tenuto all'osservanza del codice Deontologico degli psicologi italiani, a mia disposizione per la consultazione. Esso prevede anche l'obbligo del segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del sottoscritto o per ordine dell'Autorità giudiziaria.

Autonomo titolare del trattamento dei dati è la dr.ssa Fiorella Muccia

I sottoscritti, in qualità di genitori del succitato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra

AUTORIZZANO

E' richiesta obbligatoriamente la firma di entrambi i genitori.

Firma del padre

Firma della madre

Note:

È obbligatorio allegare documenti di identità di entrambi genitori