# CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

**AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018 SUPPORTO PSICOLOGICO– CONSENSO PER ALUNNI**

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il

a prov. residente a

Via prov. tel. email

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il

a prov. residente a

Via prov. tel. email

dell'alunno/a nato/a a

il frequentante la classe sez. indirizzo telefono email

vengono informati sulle attività e finalità del supporto Psicologico a distanza istituito presso l’Istituto Matteotti-Cirillo di Grumo NEVANO rivolto ad alunni, genitori e docenti.

Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell’Istituzione - dalla Dottoressa**Fabiola MARZO**, professionista iscritta all’Ordine dei Psicologi e Psicoterapeuti della Campania.

**Colloqui di consulenza e supporto psicologico a distanza**

La prestazione offerta dallo psicologo è una consulenza psicologica finalizzata all’acquisizione di una conoscenza più approfondita degli interessi, delle attitudini, delle capacità, del metodo di studio personale e della personalità dei ragazzi in relazione ai problemi e alle difficoltà che incontrano dentro e fuori la scuola. In questo particolare momento, il supporto psicologico verrà fornito anche in riferimento **alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del COVID-19**;

In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, **i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica o telefonica, preventivamente concordata tramite email o secondo accordo diretto con l’esperto.** Per prestazioni rivolte **a minori di 18 anni**, il consenso informato è sempre richiesto **ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale** secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

I sottoscritti, nell’esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato:

* avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità della stessa,

**autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere al supporto Psicologico**;

* avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, **esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.**

Luogo e data

Firma padre

Firma madre

**Id.001**

# CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

**AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018 SUPPORTO PSICOLOGICO – CONSENSO PER GENITORI**

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il

a prov. residente a

Via prov. tel. email

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il

a prov. residente a

Via prov. tel. email

dell'alunno/a nato/a a

il frequentante la classe sez. indirizzo telefono email

Vengono informati sulle attività e finalità del supporto Psicologico a distanza istituito presso l’Istituto MATTEOTTI-CIRILLO di Grumo Nevano rivolto ad alunni, genitori e docenti.

Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell’Istituzione - dalla Dottoressa**Fabiola Marzo**, professionista iscritta all’Ordine dei Psicologi e Psicoterapeuti della CAMPANIA.

In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, **i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica o telefonica, preventivamente concordata tramite email o secondo accordo diretto con la Psicologa.** Per prestazioni rivolte **a minori di 18 anni**, il consenso informato è sempre richiesto **ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale** secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

* + di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020-21 presso l'Istituto frequentato dall'alunno, nell'ambito del Progetto SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO
  + di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all’interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali
  + di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell’ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.
  + avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, **esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.**

Ed esprimono il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all’interno del progetto SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO

Luogo e data

firma del genitore firma del genitore

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell’informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

firma del genitore firma del genitore

# CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

### Progetto SUPPORTO PSICOLOGICO – CONSENSO PER DOCENTI e ATA

Il sottoscritto docente di nelle classi , nato il a

prov. residente a Via prov. e-mail tel.

Con la sottoscrizione della presente dichiara:

* di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020-21 presso l'Istituto frequentato dall'alunno, nell'ambito del Progetto SPORTELLO D’ASCOLTO
* di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all’interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali
* di essere consapevole che i dati personali raccolti nell’ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.
* avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, **esprime il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.**

Ed esprime il consenso a partecipare alle attività programmate all’interno del progetto.

Luogo e data

Firma del docente

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell’informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma del docente