**Id.001**

CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

**AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018 SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA – 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 Marisa Bellisario rivolto ad alunni, genitori e docenti.

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

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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

Informativa PRIVACY progetto di “SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO” FAMIGLIE

**Revisione del 15.11.2020**

Pag. **2** a **5**