



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
"Marisa Bellisario"

Corsi diurni e serali

Strada Statale Padana Superiore, 24 - 20065 INZAGO

Tel. 02.9549502 - Cod. Fisc.: 91517590153 - Cod.Univoco: UF43L0

Sede Coordinata Via E. Curiel, 4- 20056 TREZZO S/ A. - Tel. 02.9090117

www.iisbellisario.edu.it - E-mail: miis061003@istruzione.it - miis061003@pec.istruzione.it



CONSENSO INFORMATO: PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

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

DATI DEI GENITORI / TUTORI (FIRMATARI)

Genitore / Tutore 1 Cognome e Nome: _____

Nato/a a: _____ (Prov. ____) il: _____

Residente a: _____ (Prov. ____)

Indirizzo (Via/Piazza): _____

Tel: _____ Email: _____

Genitore / Tutore 2 Cognome e Nome: _____

Nato/a a: _____ (Prov. ____) il: _____

Residente a: _____ (Prov. ____)

Indirizzo (Via/Piazza): _____

Tel: _____ Email: _____

DATI DELLO STUDENTE / DELLA STUDENTESSA

Cognome e Nome: _____

Nato/a a: _____ il: _____ Classe: _____ Sez.: _____

Indirizzo di studio: _____

Email Istituzionale: _____ .stud@iisbellisario.edu.it

INFORMATIVA E DICHIARAZIONI

I sottoscritti dichiarano di essere stati informati sulle attività e finalità del servizio di Supporto Psicologico istituito presso l'Istituto Marisa Bellisario, rivolto a studentesse, studenti, genitori e docenti. Il suddetto servizio è curato – per conto e ad onere dell'Istituzione – dalla **Dott.ssa Tamara Sala**, professionista iscritta all'Ordine degli Psicologi e Psicoterapeuti della Lombardia.

Con la sottoscrizione della presente, i genitori/tutori **DICHIARANO**:

- di essere a conoscenza delle attività previste nel corrente anno scolastico presso l'Istituto frequentato dal proprio figlio/a, nell'ambito del Progetto "**Sportello d'Ascolto Psicologico**".
- di aver preso visione dell'informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del progetto, anche per gli aspetti relativi al trattamento dei dati personali.
- di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente e in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.
- di aver ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali ed esprimere il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

I sottoscritti **ESPRIMONO IL CONSENSO** affinché lo studente / la studentessa possa partecipare alle attività programmate all'interno del progetto "**Sportello d'Ascolto Psicologico**".

Si specifica che la sottoscrizione del presente modulo ha il solo scopo di abilitare lo studente / la studentessa all'eventuale fruizione del servizio e non costituisce alcun obbligo di utilizzo, garantendo la totale autonomia di accesso nel momento del bisogno.

Luogo e Data: _____, _____

Firma Genitore 1: _____ **Firma Genitore 2:** _____

CONSENSO SPECIFICO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizziamo il trattamento dei dati personali (inclusi quelli relativi alla salute, art. 9 GDPR) 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 del D.Lgs. n. 101/2018.

Firma Genitore 1: _____ **Firma Genitore 2:** _____