

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO

ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO RIVOLTO AGLI ALUNNI DELL'I.I.S. "Biagio Pascal"

a.s.2021/2022

In riferimento all'attività dello "Sportello d'Ascolto" si precisa quanto segue:

- la suddetta è effettuata da personale della ASL Roma1- DSM UOC PIPSM ed è parte del **Progetto Scuola** - promozione della salute, prevenzione ed interventi precoci nelle Scuole Secondaria di secondo grado.
- La prestazione offerta ai minori consiste in un intervento di consulenza finalizzato alla prevenzione del disagio scolastico e/o personale e alla promozione del benessere psicosociale.
- Il numero degli incontri può variare da un minimo di uno a un massimo di tre.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ex art. 13 D.Lgs. 196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali")

Il D.Lgs. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza. In particolare e ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, si specifica che i dati trattati riguarderanno solamente nome, età e classe e verranno forniti dalla scuola stessa.

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "Biagio Pascal"
Via Brembio, 97 - 00188 Roma (RM)
Tel: 06121124205
PEO: rmis12300n@istruzione.it
PEC: rmis12300n@pec.istruzione.it

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE AGLI INCONTRI PRESSO LO "Sportello d'Ascolto"

Il sottoscritto (cognome e nome in stampatello) _____,

nato a _____ il _____

e la sottoscritta (cognome e nome in stampatello) _____,

nata a _____

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale sull'alunno/a (cognome e nome in stampatello)

_____ nato/a a _____

frequentante la classe _____ a.s. _____ dell'Istituto I.I.S. "Biagio Pascal" di Roma,

essendo a conoscenza degli obiettivi e delle metodologie di intervento del servizio di consulenza

psicologica denominato "Sportello d'Ascolto" attivato dalla Dott.ssa Laura Marcellini presso

codesto Istituto,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, degli incontri individuali con la Dott.ssa Laura Marcellini e a partecipare ad altre eventuali attività inerenti al suddetto servizio.

Roma, _____

Firma

Firma

Recapito telefonico di un genitore/tutore: _____

Da compilare nel caso di un solo genitore firmatario

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver firmato il Consenso Informato per l'accesso allo Sportello Psicologico, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Roma, _____

Firma genitore
