

## ADESIONE AL PROGETTO "SPORTELLI D'ASCOLTO"

CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI (GDPR del 679 del 27/04/2016)

Al Dirigente Scolastico  
della **S.I.E.S. A. Spinelli**

I sottoscritti:

\_\_\_\_\_ (**tutore 1**) C.F. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (**tutore 2**) C.F. \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di genitori/tutori/altro dell'alunno/a minorenni \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ Classe/sez. \_\_\_\_\_

esprimono il loro consenso affinché il/la figlio/a si avvalga delle prestazioni professionali rese dalla **Dott.ssa Cristina PIAZZO**, psicologa iscritta all'albo degli Psicologi del Piemonte (n. iscrizione 8366), incaricata per il progetto di "Sportello d'Ascolto" attivato presso l'istituto.

**Firmando questo consenso i tutori aderiscono a tutte le attività previste dal progetto (sportello d'ascolto individuale e interventi in classe) come esplicitate nel consenso informato della professionista e acconsentono che il proprio figlio/a partecipi al colloquio con la Dott.ssa Cristina PIAZZO in orario scolastico, qualora se ne ravvisi la necessità, su richiesta della famiglia/dell'alunno medesimo e/o dei docenti del Consiglio di classe.**

**I colloqui avverranno a scuola, in un ambiente debitamente predisposto.**

**Il consenso sarà valido per l'a.s. 2024/25.**

Si sottolinea che la professionista si atterrà alle norme del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e il trattamento dei dati forniti avverrà ai sensi e per gli effetti del GDPR/2016.

Tutto ciò premesso:

- diamo il consenso affinché nostro figlio/a possa accedere allo sportello di ascolto individuale
- diamo il consenso affinché nostro figlio/a possa accedere allo sportello di ascolto individuale e agli interventi in classe
- non** diamo il consenso affinché nostro/a figlio/a possa accedere allo sportello di ascolto individuale
- non** diamo il consenso affinché nostro figlio/a possa accedere agli interventi in classe

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

I\_ sottoscritt\_ tutore dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_