



Istituto Comprensivo Statale "Maredolce"

C. F. 80013640828 – Cod. Mecc. PAIC8AV00G

Sede: Via Fichidindia, 6 – 90124 Palermo - Tel. 091/447988

Scuola Infanzia e Primaria "Guglielmo Oberdan"

Scuola Secondaria di I Grado "Salvatore Quasimodo"

PEC: paic8av00g@pec.istruzione.it - e-mail: paic8av00g@istruzione.it

www.icsmaredolce.edu.it

CONSENSO INFORMATO PER LA PARTECIPAZIONE ALUNNI ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____

a _____ prov. _____, residente in _____

Via _____ prov. _____ tel. _____

email _____, in qualità di _____ (genitore/tutore)

E

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____

a _____ prov. _____, residente in _____

Via _____ prov. _____ tel. _____

email _____, in qualità di _____ (genitore/tutore)

dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ Plesso _____

Preso atto che presso l'**I.C.S. Maredolce** è stato istituito uno sportello di ascolto rivolto al personale scolastico, agli studenti ed alle famiglie, curato - per conto e ad onere dell'Istituzione scolastica - dalla Dott.ssa **Teresa Fici**, professionista iscritta all'Ordine degli Psicologi e Psicoterapeuti della Sicilia;

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

- ✓ di avere preso visione della Circolare n. 304 del 12/04/2022 relativa allo sportello d'ascolto psicologico pubblicata sul sito web www.icsmaredolce.edu.it
- ✓ di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento di dati personali pubblicata nella sezione "Privacy della Scuola (GDPR)" dedicata allo sportello d'ascolto psicologico del sito web:
https://www.icsmaredolce.edu.it/images/allegati/2021_22/Varie/INFORMATIVA_SPORTELLLO_DI_ASCOLTO_PSICOLOGICO.pdf
- ✓ 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;

e, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato esprimono il seguente consenso informato:

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore legale:

☐ dà il consenso

☐ nega il consenso,

al trattamento dei dati ai sensi del GDPR 2016/679.

☐ dà il consenso

☐ nega il consenso,

in merito alla partecipazione dell'alunno/a _____ alle
attività, anche individuali, previste nell'ambito del progetto SPORTELLLO D'ASCOLTO
PSICOLOGICO.

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore legale:

☐ dà il consenso

☐ nega il consenso,

al trattamento dei dati ai sensi del GDPR 2016/679.

☐ dà il consenso

☐ nega il consenso,

in merito alla partecipazione dell'alunno/a _____ alle
attività, anche individuali, previste nell'ambito del progetto SPORTELLLO D'ASCOLTO
PSICOLOGICO.

Data _____

Firma _____

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.