



**Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO TECNICO STATALE F. VIGANÒ**

Via Dei Lodovichi, 2 – 23807 Merate LC
Codice Fiscale: 85002000132 – Codice Univoco: UFSL80
Tel: 0399902998 - 0399907117 - Fax: 0399908965
segreteria@issvigano.edu.it – lcis001009@pec.istruzione.it
<https://www.issvigano.edu.it/>

MO SAL 46

Rev. 04

MODULO – CONSENSO INFORMATO ACCESSO SPORTELLO PSICOLOGICO

In riferimento al "Progetto Armonia" che coinvolgerà i ragazzi della scuola e che è parte del PTOF, si informa che:

1. la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico e al successo formativo;
2. a tal fine verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio individuale e/o di gruppo;
3. gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano la prevenzione al disagio psicologico in particolare nel contesto scolastico e la prevenzione della dispersione scolastica;
4. le psicologhe sono vincolate al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (a disposizione su richiesta) ed in particolare sono strettamente tenute al segreto professionale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa al D. Lgs. 101/2018 ("codice in materia di protezione dei dati personali")

Il D. Lgs. 101/2018 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 sua riservatezza e dei suoi diritti.

In particolare e ai sensi del D. Lgs. 101/2018, vi forniamo le seguenti informazioni.

- Tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini di prevenzione, cura e prestazioni connesse allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall'incarico delle psicologhe.
- Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità manuali e informatiche idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
- In ogni momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del D. Lgs. 101/2018.

I sottoscritti

cognome e nome del padre _____

cognome e nome della madre _____

genitori del minore _____

In qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del D. Lgs. 101/2018

ACCONSENTIAMO

NON ACCONSENTIAMO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) _____
necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

ACCONSENTIAMO

NON ACCONSENTIAMO

che nostr_ figli_ possa accedere al servizio di sportello psicologico denominato "Progetto Armonia". La durata del presente consenso è valida per tutto il periodo del corso di studi, salvo diversa disposizione comunicata in forma scritta.

Merate, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____