**ALLIEVI MAGGIORENNI**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

**Decreto legislativo del 30/06/2003 n.196 GDPR 679/2016**

Agli alunni maggiorenni si richiede l’invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla richiesta di appuntamento, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d’Ascolto Psicologico on line.

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

presa visione delle informative, di seguito, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d’Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, FORNISCE IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e AUTORIZZO lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa Silvia Ceriani.

SONO INFORMATO CHE:

1) data la situazione attuale d’emergenza e le misure di tutela adottate per il contenimento della diffusione del COVID-19 la prestazione che verrà offerta consisterà in *consulenze psicologiche online e o in presenza quando possibile;*

2) i colloqui saranno volti a potenziare il benessere psicologico;

3) la prestazione professionale sarà resa nel rispetto del “Codice Deontologico degli Psicologi Italiani”;

4) i dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, ivi compresi i dati sensibili e GDPR679/2016;

5) il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e avrà come unico scopo l’espletamento delle finalità legate all’attività di consulenza e alla rilevazione dei bisogni;

6) titolare e responsabile del trattamento dei dati è la dott.ssa Silvia Ceriani, psicologa psicoterapeuta iscritta all’Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 16217;

7) lo spazio di ascolto individuale sarà attivato secondo le date e le modalità concordate.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_