**ALLIEVI MINORENNI**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

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

**(da far compilare e firmare a tutti coloro che detengano la responsabilità genitoriale del minore)**

Io sottoscritto ………………………………………………… nato a …………….……………………………………………..il ………………………. e residente a ……..………………………………………………. Via/Piazza ….…………………………………………………………………………………………

C.F.……….……………….……………………………………………

Identificato mediante documento……………………………………………….... N…………………………................Rilasciato da……………………………………………………………..il………………………………………………………...

Io sottoscritta ……………………………………………………………………. nata a …………….…………………………………………. il ……………………… e residente a……..……………………………………………….Via/Piazza….…………………………………………………………………………………………

C.F.……….……………….…………………………………………….

Identificato mediante documento……………………………………………….... N…………………………................Rilasciato da……………………………………………………………….il……………………………………………………….

rispettivamente PADRE e MADRE del minore (o detentori della responsabilità genitoriale del minore)

Nome………………………………….........................................Cognome….………………………………………………………………………………… nato/a a ……………………………………………il………………………….

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 del minore;

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 del minore;

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 col minore.

PERTANTO

AUTORIZZO mio/a figlio/a a usufruire, qualora lo desiderasse, dello “Sportello d’Ascolto Psicologico” attivo con modalità di “*consulenza mista(online e in presenza)* ” presso il Liceo Scientifico Statale “G. Falcone e P. Borsellino” di Arese per l’anno scolastico 2020-2021 e autorizzo al trattamento dei suoi dati personali secondo la normativa vigente (Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR) e D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_