

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLINO DI ASCOLTO PSICOLOGICO (maggioresenni)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe _____

DICHIARA

- di essere a conoscenza dell'esistenza del servizio di sportello di ascolto presso Portofranco Umbria (PG);
- di essere a conoscenza che verrà offerta una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti con i coetanei, la scuola e la famiglia; si tratta di un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale di colloqui personali come strumento di conoscenza principale;
- di essere a conoscenza che la prestazione offerta verrà effettuata nel pieno rispetto delle norme del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. n. 196/2003 modificato dal D.lgs. 101/2018 in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016).

Data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 modificato dal D.lgs 101/2018 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

I dati personali sono trattati in modo lecito, secondo correttezza e con adozione di idonee misure di protezione. Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità manuali idonee a proteggere la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all'attività dello sportello di ascolto.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ e residente

a _____, acquisite le informazioni dal titolare del trattamento ai sensi

dell'articolo del D.lgs. 196/2003 modificato dal D.lgs 101/2018 in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016

(informativa allegata):

Presto Non presto

il mio consenso per il trattamento dei dati sensibili per lo svolgimento delle operazioni.

Data _____

Firma _____