

**AUTORIZZAZIONE PER PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO
DI ALUNNI MINORENNI**

I sottoscritti _____

genitori/affidatari dell' alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ della Scuola ITIS "GIUSEPPE ARMELLINI" presa
visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito presso la
scuola stessa

AUTORIZZANO

il minore sopra indicato ad avere in colloquio individuale con la dr.ssa R. Rodi, psicologa
nell'ambito del servizio di "Sportello D'ascolto" dell'Itis G. Armellini.

Roma _____

In fede

Firme di entrambi i genitori

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del DPGR 679/2016 in coerenza con il D.Lvo 101/2018, sono stato informato dalla psicologa Dr.ssa R. Rodi che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo/educatore per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. I dati saranno inseriti in archivio informatico/magnetico/cartaceo con modalità idonea garantire la sicurezza e la riservatezza durante il periodo in cui si usufruisce del servizio e immediatamente distrutti terminato il periodo di utilizzazione del servizio.
3. Il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, si dovrà rinunciare alla prestazione.
4. Il titolare del trattamento è la dr.ssa **R. Rodi**.

Preso visione della presente informativa, attestato il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio/a figlio/a: _____

L'esercente la responsabilità genitoriale: _____

L'esercente la responsabilità genitoriale: _____

Roma, _____