| **La presente autorizzazione è rilasciata per tutto il periodo di iscrizione/frequenza dell’alunno/a**  **Per poter usufruire del servizio, gli alunni necessitano del consenso di entrambi i genitori.**  ***Da consegnare compilato al docente coordinatore entro il xxxxx***  **Il/I sottoscritto/i**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **genitore/i dell’alunno/a**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ACCONSENTE ロ SI ロ NO**    che il proprio figlio/a ACCEDA AUTONOMAMENTE ai colloqui con la dott.ssa NATASCIA GALZIGNATO nell’ambito del progetto “SPAZIO ASCOLTO”. Per l’erogazione del servizio, il titolare del trattamento dei dati è la Dott.ssa Natascia Galzignato. Si dichiara di aver preso visione dell’informativa Privacy e di fornire il proprio consenso al trattamento dei dati personali.  Nel caso in cui il modulo riporti un’unica firma “il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”  **Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del padre e della madre**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | *Autorizzazione per la consulenza sportello psicologico on line per genitori o docenti dell’Istituto*  *All’occorrenza compilare, scannerizzare o fotografare e inviare a:* [giusi.vitali@icdueville.it](mailto:giusi.vitali@icdueville.it)  Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ロ genitore di un alunno ロ docente  dell’IC Roncalli di Dueville chiede di effettuare un incontro di consulenza psicologica:  ロ in presenza  ロ online  consapevole di quanto ne consegue in riferimento alla gestione della privacy e in riferimento all’uso improprio del dispositivo tecnologico. Da parte del professionista non verranno registrati dati sensibili con modalità cartacee né con modalità tecnologiche digitali, il medesimo impegno di non registrazione è obbligatorio anche per l’utente.  Il rapporto di consulenza è confidenziale e si inserisce nelle regolamentazioni del codice deontologico dell’Ordine degli Psicologi  Il Sottoscritto dichiara di aver letto [l’informativa per il trattamento dei dati personali](https://icdueville.edu.it/sito-download-file/803/all) e di prestare il consenso al trattamento.  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |