

**AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE
ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO
ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
Servizio a cura del Dott. Mirko Cario e della Dott.ssa Veronica Satalino

Noi sottoscritti

Padre:

nato

il _____ a _____ e

residente a _____

in Via _____

C.F. _____

Cellulare _____

eventuale altro recapito telefonico _____

e-mail _____

Madre:

nata

il _____ a _____ e

residente a _____

in Via _____

C.F. _____

Cellulare _____

eventuale altro recapito telefonico _____

e-mail _____

AUTORIZZIAMO nostra/o figlia/o

(indicare nome e cognome)

Nato/a il _____ a _____

e residente a _____

In Via _____

C.F. _____

a partecipare alle attività dello Sportello di ascolto psicologico.

Nello specifico autorizziamo:

- la dott.ssa Veronica Satalino e il dott. Mirko Cario, responsabili del progetto di sportello, al trattamento dei dati personali del minore a nostra tutela per gli usi consentiti dalla legge (vedi informativa sulla privacy di seguito riportata);
- la partecipazione del minore ai laboratori che si svolgeranno nelle classi

Roma li,..... Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

INFORMATIVA SULLA RACCOLTA E IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

CONSENSO (art. 13, Dlgs 2016/679 del Parlamento Europeo).

I dati personali raccolti al momento dell'iscrizione verranno trattati esclusivamente mediante supporto cartaceo dalla dott.ssa Veronica Satalino (psicologa) e dal dott. Mirko Cario per usi coerenti alle finalità di sostegno scolastico proprie dello Sportello psicologico, restandone in ogni caso esclusa la comunicazione a terzi, nelle modalità consentite dalla legislazione vigente e dai codici deontologici di categoria.

La raccolta ed il trattamento di tali dati sono necessari per consentire agli psicologi l'espletamento del servizio, ed in particolare per garantire la messa a conoscenza dell'adulto, responsabile dell'alunno, del trattamento. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporterà pertanto l'impossibilità per l'alunno di partecipare alle attività di Sportello psicologico.

Autorizzo il trattamento

I dati forniti, previa autorizzazione, potranno essere utilizzati dalla Dott.ssa Veronica Satalino e dal dott. Mirko Cario per eventuali comunicazioni relative alle attività del Servizio.

Autorizzo Non autorizzo

Data.....

FIRME
