

# FUTURA

# LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



Italiadomani  
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPrensIVO "VELLETRI NORD"

SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 – 00049 Velletri (RM) - 069634194 fax 069630100  
Cod. Mecc. RMIC8D500D – Codice Fiscale 95036930584 – Codice Univoco UFHE4H – Distretto 39°  
e-mail: [RMIC8D500D@istruzione.it](mailto:RMIC8D500D@istruzione.it) sito web: [www.ic-velletrinord.edu.it](http://www.ic-velletrinord.edu.it)

**Ai Genitori**

**IC Velletri Nord**

## **Liberatoria Sportello d'Ascolto Psicologico**

Resa ai Responsabile dello Sportello d'Ascolto Psicologico tramite Istituto Comprensivo Statale Velletri Nord di Velletri (RM)

Lo sportello d'ascolto psicologico, tenuto dalla dott.ssa Katuscia Milletti e dalla dott.ssa Viola Tata, psicologhe, specialiste dell'età evolutiva e degli ambiti educativi, è uno spazio di consulenza e non di terapia, rivolto agli studenti per ascoltare, informare, orientare. È un servizio gratuito, ad accesso libero e volontario, protetto dal segreto professionale.

La firma del presente modulo non comporta nessun obbligo di partecipazione da parte del minore che può in maniera facoltativa e totalmente libera scegliere se fare richiesta del servizio.

Il minore può far accesso al servizio previa prenotazione riservata (attraverso cassetta postale) secondo calendario pubblicato, reso noto agli studenti e alle famiglie.

Per l'idoneità al servizio è necessario compilare il consenso informato con i dati richiesti e la firma dei tutori legali del minore.

**Dichiarazione di consenso informato resa alle Responsabili dello Sportello d'Ascolto Psicologico – dott.ssa Katuscia Milletti – Viola Tata- tramite Istituto Comprensivo Statale VELLETRI NORD**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ **padre** del minore nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ identificato tramite documento: n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ **madre** del minore nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ identificato tramite documento: n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**ESPRIMIAMO IL NOSTRO CONSENSO**

A che nostro/a figlio/a \_\_\_\_\_ usufruisca delle prestazioni professionali delle psicologhe Dott.ssa Katuscia Milletti e Dott.ssa Viola Tata, consapevoli che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, alla normativa sulla privacy ed informati sulle tipologie di intervento e sulla finalità del progetto di ascolto psicologico attivato dalla scuola. I sottoscritti autorizzano il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), sono consapevoli che potranno esercitare i diritti previsti dal succitato Regolamento e dichiarano di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo Istituto sull'Albo On-line ufficiale e di averne compreso il contenuto.

Firme dei genitori \_\_\_\_\_

**Autocertificazione di genitore o tutore unico esercente potestà genitoriale (da non confondersi con l'attribuzione di affidamento esclusivo)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ **padre/madre/tutore** del minore nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ identificato tramite documento: n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

Di essere l'unico/a esercente la patria potestà sul minore \_\_\_\_\_ per il seguente motivo (in caso di provvedimento giuridico, mettere i riferimenti al numero di provvedimento, all'autorità emanante e alla data di emissione):  
\_\_\_\_\_

**ed ESPRIMO IL MIO CONSENSO**

A che mio/a figlio/a \_\_\_\_\_ usufruisca delle prestazioni professionali delle psicologhe Dott.ssa Katuscia Milletti e Dott.ssa Viola Tata, consapevole che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, alla normativa sulla privacy ed informato/a sulle tipologie di intervento e sulla finalità del progetto di ascolto psicologico attivato dalla scuola. Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), è consapevole che potrà esercitare i diritti previsti dal succitato Regolamento e dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo Istituto sull'Albo On-line ufficiale e di averne compreso il contenuto.

Firma dell'esercente la patria potestà \_\_\_\_\_