

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PILANO 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 sito web: 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 affido 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 _____