**Al CONSULENTE SPAZIO D’ASCOLTO**

**IC Ungaretti di Altissimo**

Da inviare via mail:

sportello.ascolto@classedigitale.org

# Oggetto: Autorizzazione per la consulenza Sportello d’ascolto in presenze e/o a Distanza PER MINORE

Il sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

e

La sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Genitori dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto “Ungaretti” di Altissimo , **acconsentono** che il proprio figlio realizzi l’incontro di consulenza psicologica con l’esperto individuato dall’Istituzione scolastica ed esprimono il consenso al trattamento dei dati come descritto ai sensi dell’art.13 del D.lgs.196/03 ( Codice Privacy) dal Regolamento Ministeriale n. 305 del 7/12/2006 e dal Regolamento europeo 2016/679 ( General Data Protection Regiulation- GDPR).

I colloqui avverranno *on line (*finché perdura l’emergenza COVID) attraverso l’uso di piattaforme, software e/o applicazioni digitali che permettono la video chiamata in diretta e non potranno in alcun modo essere registrate e/o divulgate, attenendosi alla regolamentazione della privacy personale e in riferimento all’uso improprio del dispositivo tecnologico.

Il rapporto di consulenza è confidenziale e s’inserisce nelle regolamentazioni del codice deontologico dell’Ordine degli Psicologi.

I sottoscritti dichiarano di aver letto l’Informativa per il trattamento dei dati personali e di prestare il consenso al trattamento.

Allegano copia di un documento d’identità

**Letto e accettato**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** FIRME …………………………………………………………….

 ……………………………………………………….

**Al CONSULENTE SPAZIO D’ASCOLTO**

**IC Ungaretti di Altissimo**

Da inviare via mail:

sportello.ascolto@classedigitale.org

# Autocertificazione da allegare e da compilare in caso di genitore UNICO esercente potestà genitoriale che intende autorizzare il figlio a usufruire dello sportello d’ascolto a distanza (finché dura l’emergenza COVID) presso l’Istituto Comprensivo “Ungaretti” di Altissimo.

Data…………………………………………………….

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

identificato mediante documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto Comprensivo “Ungaretti” di Altissimo.

Dichiaro di essere l’unico esercente la patria potestà di mio figlio per il seguente motivo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma…………………………………………….

Allego fotocopia carta d’identità