

*Ai genitori degli alunni iscritti a:
Scuola dell'Infanzia Gianni Rodari
Scuola Primaria Sandro Pertini
Scuola Primaria Beata Giuliana Puricelli
Scuola Primaria Marco Polo
Scuola Secondaria Fermi*

Modulistica unica per l'accesso al servizio di Psicologia Scolastica

La/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____, il
residente a _____, in
via _____
e

La/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____, il
residente a _____, in
via _____
nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

nata/o a _____ il
residente a _____
in via _____

sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. la psicologa è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
2. La prestazione offerta riguarda l'accesso libero da parte del minore _____ alle attività proposte dalla dott.ssa Giulia Gagliardi, psicoterapeuta dell'età evolutiva, presso l'Istituto Comprensivo Sandro Pertini.
3. Le attività sopra citate comprendono il servizio di Sportello di Ascolto Psicologico, incontri di gruppo ed osservazioni all'interno del gruppo classe; lo Sportello di Ascolto Psicologico sarà rivolto a tutti gli studenti mentre gli incontri di gruppo, così come le osservazioni all'interno delle classi, saranno proposte laddove ne verrà riscontrato il bisogno.

sono informati sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679**:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. La dott.ssa Giulia Gagliardi è **titolare** del trattamento dei dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico sopra descritto.

3. Saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggere la riservatezza dei dati personali, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
4. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso.

La dott.ssa Giulia Gagliardi è assicurata con Polizza RC terzi e professionale, spese legali e infortuni sottoscritta con CAMPI n. 500216747 e n. 63378178.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, _

avendo ricevuto apposita informativa professionale esprimono il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, all'accesso libero del minore _____ alle attività proposte dalla dott.ssa Giulia Gagliardi (servizio di Sportello di Ascolto Psicologico, incontri di gruppo, osservazioni all'interno del gruppo classe) presso l'Istituto Comprensivo Sandro Pertini;

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali esprimono il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firme/a _____

Firma della Professionista
Giulia Gagliardi



Firma del Dirigente Scolastico
Stefano Ben...