

**CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

**AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018**

**SUPPORTO PSICOLOGICO – CONSENSO PER STUDENTI**

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

E

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

vengono informati sulle attività e finalità del supporto Psicologico a distanza istituito presso l'ISS  
"Gioeni-Trabia" rivolto ad alunni, genitori e docenti.

Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere **dell'Istituzione** - dalla Dott.ssa **Teresa Fici**,  
professionista iscritta **all'Ordine** degli Psicologi e Psicoterapeuti della Sicilia.

**Colloqui di consulenza e supporto psicologico**

La prestazione offerta dallo psicologo è una consulenza psicologica finalizzata **all'acquisizione** di una conoscenza più approfondita degli interessi, delle attitudini, delle capacità, del metodo di studio personale e della personalità dei ragazzi in relazione ai problemi e alle difficoltà che incontrano dentro e fuori la scuola. In questo particolare momento, il supporto psicologico verrà fornito anche in riferimento **alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del COVID-19**;

In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, **i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica o telefonica, preventivamente concordata tramite email inviata direttamente alla Psicologa**. Per prestazioni rivolte a **minori di 18 anni**, il consenso informato è sempre richiesto **ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale** secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

I sottoscritti, **nell'esercizio** della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato:

- Hanno ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità della stessa, **autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere al supporto Psicologico**;
- Hanno ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, **esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679**.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Padre

Firma Madre

\_\_\_\_\_