ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Alessandro Volta"
Via Vallone delle Pere - 88836 **COTRONEI (KR)**
Codice Fiscale 91021450795 - Codice Meccanografico KRIC81500P
Telefono 0962/44131 - Fax 0962/1906785 –
E-Mail: kric81500p@pec.istruzione.it – kric81500p@istruzione.it
Sito Web: www.iccotronei.edu.it

Modulo per consenso informato dei genitori per prestazioni a minorenni

Io sottoscritto (padre/tutore)_____

nato a_____ il_____

C.F._____ residente in _____

Via_____ Documento n°_____

e io sottoscritta (madre/tutore)_____

nata a_____ il_____

C.F._____ residente in _____

Via_____ Documento n°_____

Genitori/Tutori del/la alunno/a_____ nato/a a_____

Il_____ C.F._____

frequentante la Classe _____ Sez. _____ d Scuola**:** O **Infanzia** O **Primaria** O **Sec. Primo Grado**

siamo stati informati sui seguenti punti:

- ☐ la prestazione che verrà resa da: Istituto Comprensivo "A. Volta" di Cotronei è una prestazione di **Servizio di Sportello Psicologico** e saràeffettuata dalla Dott.ssa Allevato Caterina psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Calabria n° 1136;
- ☐ A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambitopsicologico;
- ☐ La prestazione di Sportello Psicologico non è una Psicoterapia;
- ☐ In qualsiasi momento potremo interrompere la prestazione professionale
- ☐ lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- ☐ Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
- ☐ Esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela della mia persona, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d'accesso alle fonti ed ai materiali
- ☐ Lo sportello psicologico è rivolto ai ragazzi ed ai genitori dei ragazzi iscritti all'Istituto Comprensivo "A. Volta" di Cotronei
- ☐ Le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci un corrispettivo economico per la prestazione;

Informati di tutto ciò,

noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata, qualora lo stesso ne faccia richiesta.

Luogo e data _____

Firma padre leggibile_____

Firma madre leggibile_____

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Alessandro Volta"

Via Vallone delle Pere - 88836 **COTRONEI (KR)**
Codice Fiscale 91021450795 - Codice Meccanografico KRIC81500P
Telefono 0962/44131 - Fax 0962/1906785 –
E-Mail: kric81500p@pec.istruzione.it – kric81500p@istruzione.it
Sito Web: www.iccotronei.edu.it

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Alessandro Volta"
Via Vallone delle Pere - 88836 **COTRONEI (KR)**
Codice Fiscale 91021450795 - Codice Meccanografico KRIC81500P
Telefono 0962/44131 - Fax 0962/1906785 –
E-Mail: kric81500p@pec.istruzione.it – kric81500p@istruzione.it
Sito Web: www.iccotronei.edu.it

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato dalla Dottoressa Allevato Caterina che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo/psicoterapeuta/educatore per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. il trattamento dei miei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazionie statistiche scientifiche;
3. I dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
5. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
6. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento terapeutico. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibilerilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;
7. il titolare del trattamento è l'ISTITUTO COMPRENSIVO "A. Volta" di Cotronei

Presa visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio figlio.

Data

_____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Alessandro Volta"
Via Vallone delle Pere - 88836 **COTRONEI (KR)**
Codice Fiscale 91021450795 - Codice Meccanografico KRIC81500P
Telefono 0962/44131 - Fax 0962/1906785 –
E-Mail: kric81500p@pec.istruzione.it – kric81500p@istruzione.it
Sito Web: www.iccotronei.edu.it

MODULO PER IL CONSENSO AI COLLOQUI CON INSEGNANTI

Io sottoscritto (padre/tutore) _____

nato a _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ Via _____ Documento n° _____

e io sottoscritta (madre/tutore) _____

nata a _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ Via _____ Documento n°

Genitori/Tutori del/la alunno/a _____

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

frequentante la Classe _____ Sez. _____ della Scuola**:** O **Infanzia** O **Primaria** O **Sec. Primo Grado**

DIAMO ESPRESSO CONSENSO

alla Dott.ssa Allevato Caterina **ad effettuare uno o più colloqui di confronto e coordinamento con gli insegnanti** di Nostro figlio, sia in nostra presenza che in nostra assenza, nell'esclusivo e primario interesse Nostro e di Nostro figlio.

Luogo e Data

_____

Firma del padre

_____

Firma della madre

_____

Vi preghiamo di allegare al presente Documento le fotocopie firmate delle vostre Carte di Identità.