ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "Alessandro Volta"

I.T. Costruzioni, ambiente e territorio diurno, Liceo Artistico diurno,
I.T. Costruzioni, ambiente e territorio & Amministrazione, finanza e marketing serale
Via Abbiategrasso, 58-Località Cravino - 27100 PAVIA
segreteria didattica tel 0382526353 segreteria amministrativa tel 0382526352 fax 0382526596
e-mail info@istitutovoltapavia.it pec: pvis006008@pec.istruzione.it
sito: www.istitutovoltapavia.edu.it
***Sezione associata Liceo Artistico Via Riviera**, 39 - 27100 Pavia tel 0382525796 fax 0382528892*
Scuola superiore in ospedale- Scuola in casa circondariale
CF 80008220180 codice IPA UFC1IF

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO IN RELAZIONE AI TRATTAMENTI DI DATI PERSONALI CORRELATI ALLA POTENZIALE PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO "SPORTELLO S.O.S. STUDENTI" – RESPONSABILE DOTT. ALESSANDRO ROSSI – PRENOTAZIONI APPUNTAMENTI TRAMITE ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "A. VOLTA" PAVIA

Io sottoscritto _____, nato a _____il_____, identificato mediante documento n. _____ rilasciato da _____ il_____

Io sottoscritta _____, nata a _____il_____, identificata mediante documento n. _____ rilasciato da _____ il_____

GENITORI/ESERCENTI LA PATRIA POTESTA' DEL/DELLA MINORE _____, frequentante la classe _____ sezione _____ del corso _____

□ ESPRIMIAMO IL NOSTRO CONSENSO | □ **NON** ACCONSENTIAMO

Che nostro figlio/a _____ usufruisca delle prestazioni professionali dello psicologo, dott. Alessandro Rossi, consapevoli che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, al segreto professionale e alla normativa sulla privacy e informati sulle tipologie di intervento e sulle finalità del Progetto di ascolto psicologico organizzato dalla scuola. I sottoscritti, per l'effetto, barrando l'apposita casella autorizzano il trattamento dei propri dati personali ai sensi degli artt. 6 e 7 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e, nello specifico, la

comunicazione dei dati identificativi del proprio figlio da parte di questo Istituto allo psicologo sopra indicato, al solo fine della prenotazione dell'appuntamento.
Sono inoltre consapevoli del diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento; la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. **Il consenso (base giuridica per questa finalità di trattamento dati) è facoltativo; una eventuale mancata manifestazione del consenso non pregiudica in alcun modo l'ordinaria fruizione delle attività didattiche**. Potranno esercitare i diritti previsti dal succitato Regolamento e dichiarano di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo istituto pubblicata sul sito web della scuola www.istitutovoltapavia.edu.it , sezione PRIVACY "Informativa famiglie alunni minorenni", qui integralmente richiamata e integrata anche dalla comunicazione relativa allo "Sportello S.O.S. studenti" ed alle modalità di accesso al medesimo da parte degli studenti minorenni, esclusivamente per il tramite dell'Istituto.

FIRME DI ENTRAMBI I GENITORI/ESERCENTI LA POTESTA' GENITORIALE

_____

_____

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE DI GENITORE O TUTORE UNICO ESERCENTE POTESTA' GENITORIALE (da non confondersi con affido esclusivo)

Io sottoscritto _____, nato a _____il_____, identificato mediante documento n. _____ rilasciato da _____ il_____

ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "Alessandro Volta"
I.T. Costruzioni, ambiente e territorio diurno, Liceo Artistico diurno,
I.T. Costruzioni, ambiente e territorio & Amministrazione, finanza e marketing serale
Via Abbiategrasso, 58-Località Cravino - 27100 PAVIA
segreteria didattica tel 0382526353 segreteria amministrativa tel 0382526352 fax 0382526596
e-mail info@istitutovoltapavia.it pec: pvis006008@pec.istruzione.it
sito: www.istitutovoltapavia.edu.it
Sezione associata Liceo Artistico Via Riviera, 39 - 27100 Pavia tel 0382525796 fax 0382528892
Scuola superiore in ospedale- Scuola in casa circondariale
CF 80008220180 codice IPA UFC1IF

PADRE/MADRE/TUTORE DEL MINORE _____,
frequentante la classe _____ sezione _____ del corso
_____

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 del provvedimento, all'autorità emanante e alla data di emissione):
_____

Ed □ ESPRIMO IL MIO CONSENSO | □ **NON** ACCONSENTO

A che mio figlio/a _____ usufruisca delle prestazioni professionali dello psicologo, dott. Alessandro Rossi, consapevole che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, al segreto professionale e alla normativa sulla privacy e informati sulle tipologie di intervento e sulle finalità del Progetto di ascolto psicologico organizzato dalla scuola. Il/la sottoscritto/a, per l'effetto, barrando l'apposita casella autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi degli artt. 6 e 7 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e, nello specifico, la comunicazione dei dati identificativi del proprio figlio da parte di questo Istituto allo psicologo sopra indicato, al solo fine della prenotazione dell'appuntamento.

È inoltre consapevole del diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento; la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. **Il consenso (base giuridica per questa finalità di trattamento dati) è facoltativo; una eventuale mancata manifestazione del consenso non pregiudica in alcun modo l'ordinaria fruizione delle attività didattiche.** Potrà esercitare i diritti previsti dal succitato Regolamento e dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo istituto pubblicata sul sito web della scuola www.istitutovoltapavia.edu.it , sezione PRIVACY "Informativa famiglie alunni minorenni", qui integralmente richiamata e integrata anche dalla comunicazione

ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "Alessandro Volta"

I.T. Costruzioni, ambiente e territorio diurno, Liceo Artistico diurno,
I.T. Costruzioni, ambiente e territorio & Amministrazione, finanza e marketing serale
Via Abbiategrasso, 58-Località Cravino - 27100 PAVIA
segreteria didattica tel 0382526353 segreteria amministrativa tel 0382526352 fax 0382526596
e-mail info@istitutovoltapavia.it pec: pvis006008@pec.istruzione.it
sito: www.istitutovoltapavia.edu.it
***Sezione associata Liceo Artistico Via Riviera**, 39 - 27100 Pavia tel 0382525796 fax 0382528892*
Scuola superiore in ospedale- Scuola in casa circondariale
CF 80008220180 codice IPA UFC1IF

relativa allo "Sportello S.O.S. studenti" ed alle modalità di accesso al medesimo da parte degli studenti minorenni, esclusivamente per il tramite dell'Istituto.

FIRMA DELL'ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE

_____

Cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Bellati Paola
Firma autografa omessa
ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993