

Il sottoscritto/ I sottoscritti

dichiara/dichiarano di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR per il trattamento dati – Servizio supporto psicologico

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE E CONSENSO DEL SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Il/la sottoscritto/a _____

e

Il/la sottoscritto/a _____

Genitori dell'alunno/a _____

Iscritto/a all'anno scolastico _____ alla classe _____

Nel plesso _____

Io sottoscritto/a _____

Iscritto/a all'anno scolastico _____ alla classe _____

Nel plesso _____

Dichiarano di essere stati informati sui seguenti punti:

- La prestazione che verrà resa è di servizio di supporto psicologico e sarà effettuato dalla Dott.ssa Santafata Iolanda, nominato Responsabile del Trattamento.
- A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico.
- In qualsiasi momento potremmo interrompere la prestazione professionale.
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza.
- Esistono obblighi deontologici al quale il professionista è tenuto.

avendo letto compreso ed accettato quanto sopra diamo il consenso affinché la prestazione psicologica venga effettuata con le modalità e finalità espresse nell'informativa pubblicata nella sezione PRIVACY del sito dell'Istituto www.isisvarese.edu.it.

Il sottoscritto/ I sottoscritti

Data _____

Firma _____

Precisiamo che si potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, ai sensi del paragrafo 3 dell'art. 7 del Regolamento dell'Unione Europea n. 2016/679; si specifica inoltre che, la revoca del consenso, non pregiudica la liceità del trattamento eventualmente svolto, precedentemente alla revoca stessa.