



ISTITUTO COMPRENSIVO "BRIGATA SASSARI"



Via Mastino, 6 - Tel./FAX 079/271426

UNIONE EUROPEA

SASSARI

MIUR

CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018 SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA

Il sottoscritto genitore/tutore _____, nato il
_____ a _____ prov. _____ residente a
_____ Via _____ prov. _____
tel. _____ email _____

Il sottoscritto genitore/tutore _____, nato il
_____ a _____ prov. _____ residente a
_____ Via _____ prov. _____
tel. _____ email _____

dell'alunno _____ nato a _____
il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____
telefono _____ email _____

vengono informati sulle attività e finalità del supporto Psicologico a distanza istituito presso l'Istituto Comprensivo Brigata Sassari, rivolto ad alunni, genitori e docenti.

Il suddetto servizio, curato dalla Psicologa

Dott.ssa Monica Cadoni email monicacadoni13@gmail.com - cellulare 3341241750

e prevede

colloqui di consulenza e supporto psicologico a distanza

La prestazione offerta dalla psicologa 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. 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 sopra descritta, **i colloqui effettuati tramite consulenza telefonica preventivamente concordata tramite email o telefonicamente, secondo il calendario allegato e pubblicato sul sito dell'Istituto www.istitutocomprensivocaria.edu.it**. 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:

- avendo 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;**
- avendo visionato l'informativa sul trattamento di dati personali reperibile al link www.icbrigatasassari.edu.it dove sarà pubblicata l'informativa sulla privacy esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____