

**CONSENSO DELL'ESERCENTE LA PODESTA' IN CASO DI TRATTAMENTO DI DATI
SENSIBILI DI MINORE**

Il/la/i sottoscritto/a/i _____

Il/la/i sottoscritto/a/i _____

In qualità di genitore/i esercente /i la podestà genitoriale/tutoria su minore (o chi ne fa le
vece) del minore _____
_____ classe _____ scuola _____

Affidandosi alla psicologa drssa Angela Lucia Chisena dichiara di essere stato informato/a, ai
sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

- La prestazione che verrà offerta è un sostegno consulenziale in presenza ;
- Gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui online;
- I dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente; al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e dal Reg UE 2016/679. Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili.
- Il titolare del trattamento è drssa Angela Lucia Chisena;
- La psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale;
- Il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte del professionista incaricato dalla scuola il quale svolgerà le suddette attività sotto la diretta supervisione del dirigente scolastico;
- La psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservazione del Codice Deontologico degli Psicologi;
- I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.
- Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la podestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui i colloqui (in presenza e/o in modalità on line) con la Psicologa, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.
- Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega:

- Fotocopia documento d'identità

Luogo, data

Firma _____

Firma _____