MODULO DI CONSENSO

(Da restituire compilato e firmato)

Avendo letto e compreso l’informativa allegata per il servizio dello sportello d’ascolto fornito dalla Dott.ssa Mascioli Sara in collaborazione con l’Istituto Scolastico I.I.S. “Paolo Baffi” di Fiumicino (RM)

I sottoscritti genitori/esercenti la patria potestà dello/a studente/essa

nome dello/a studente/ssa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

acconsentiamo alla partecipazione di nostro/a figlio/a al servizio fornito dallo sportello ascolto.

\*Nome e cognome del genitore 1 (in stampatello): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Nome e cognome del genitore 2 (in stampatello): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, il consenso alla partecipazione all’indagine, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa. Infatti laddove per la gestione di pratiche amministrative o didattiche concernenti l’alunno risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile, il genitore che firma deve effettuare anche la seguente dichiarazione:

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Nome e cognome del genitore (in stampatello): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMATIVA PRIVACY E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Regolamento UE 679/16 in materia di trattamento di dati personali “particolari”

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il Regolamento UE 679/16 “GDPR” prevede la tutela delle persone e di altri soggetti (anche i minori) rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del minore interessato.

In particolare, i dati personali “particolari” possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La informiamo che i dati e le informazioni acquisite verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell’interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso I.I.S. “Paolo Baffi” nei confronti di minori che frequentano la stessa. Il consenso al trattamento dei dati è necessario per la fornitura della prestazione. L’eventuale mancato conferimento comporta l’impossibilità per la Dott.ssa Mascioli Sarai di prestare il servizio di Sportello Scolastico al minore. Si precisa che l’accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e che i colloqui non hanno carattere terapeutico.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l’adempimento delle sopra descritte finalità.

Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dalla Dott.ssa Mascioli Sara sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

3. AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI IN NOSTRO POSSESSO

I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell’esclusivo interesse del soggetto.

4. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE

Il Titolare del trattamento è I.I.S. “Paolo Baffi” con sede legale in Via Bezzi 51/53, Fiumicino (RM).

5. DIRITTI DELL’INTERESSATO

Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento nella Sua qualità di interessato potrà esercitare i diritti di cui all’art. 15 del GDPR in merito alle operazioni di trattamento dei dati personali (cancellazione, l’aggiornamento, la rettifica o l’integrazione, etc.)

I sottoscritti:

Cognome e nome del genitore 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome del genitore 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le

informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679

 ACCONSENTONO

 NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali di (nome del minore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_