

AUTORIZZAZIONE ALLO SPAZIO DI ASCOLTO (da riconsegnare al coordinatore di classe)

La seguente dichiarazione si intende valida per l'a.s. 2023/24 e **confermata tacitamente per tutto il periodo di permanenza dell'alunn* all'interno della scuola**, salvo richiesta di annullamento, che potrà essere presentata in qualunque momento tramite l'indirizzo email: biroli.federica@isc-paganelli.edu.it

La Sig.ra _____ **madre del minore** _____
nata a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Federica Biroli** presso lo Spazio di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ **padre del minore** _____
nato a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Federica Biroli** presso lo Spazio di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ____/____/_____
Tutore del minore _____ in ragione di _____
(*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Federica Biroli** presso lo Spazio di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

I dati forniti saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 che prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati. Qualunque argomento o informazione raccolta resterà riservata e non verrà comunicata se non per le finalità sopra dichiarate oltre che per adempiere a precisi obblighi di Legge.

*Il titolare del trattamento è il Dirigente scolastico che si occuperà della loro conservazione con procedure idonee a tutelarne la riservatezza. I dati raccolti verranno **conservati solo per il tempo necessario** allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di **3 anni, dopodiché verranno distrutti in modo sicuro**. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Si ha altresì diritto di recedere al presente consenso in qualsiasi momento, previa richiesta scritta al Titolare del trattamento stesso.*