**SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO**

**MODULO DA COMPILARE SOLO DA PARTE DI MINORENNE CHE INTENDE AVVALERSI DEL SERVIZIO**

**CONSENSO DELL’ESERCENTE LA POTESTÀ AD USUFRUIRE DEL SERVIZIO E AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il sottoscritto (padre/tutore)

nato a il Residente a Prov\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta (madre/tutore)

nata a il Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# In qualità di genitori /legali tutori del minore:

Nome Cognome Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il

• **Letta, compresa e sottoscritta** l’Informativa qui presente sul trattamento dei dati personali riportata dal titolare ai sensi dell’art. 13 del GDPR 679/16, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati sensibili di cui all’art. 9 del GDPR 679/16;

• **Dichiarando** di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei confronti del minore:

 **○ AUTORIZZANO / ○ NON AUTORIZZANO**

* l’eventuale accesso spontaneo allo spazio di ascolto psicologico da parte del/della figlio/a minorenne per i colloqui di consulenza psicologica breve;

 **○ AUTORIZZANO / ○ NON AUTORIZZANO**

* la raccolta dei dati necessari allo svolgimento delle prestazioni;

 **○ AUTORIZZANO / ○ NON AUTORIZZANO**

* l’utilizzo dei dati esclusivamente nell’ambito e con le modalità indicate dall’informativa

 **○ AUTORIZZANO / ○ NON AUTORIZZANO**

lo svolgimento dei colloqui con l’esperto esterno permettendo al proprio figlio/a l'accesso attraverso l’utilizzo della piattaforma web ( Google Workspace ) Lo strumento permette all’Istituto di mantenere attivo lo Sportello Psicologico di ascolto anche in modalità di DDI;

**Siamo consapevoli di poter richiedere in qualunque momento la variazione/revoca ai consensi forniti, di poter richiedere copia di tutti i dati presenti e di richiederne la modifica o la cancellazione. La richiesta dovrà avvenire a mezzo posta elettronica certificata all’indirizzo: mbis10400l@istruzione.it**

Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OPPURE (in caso di firma di un solo genitore)

Il/La sottoscritto/a genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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”.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Monza,**