



Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VITTORIO DE SICA"

Distretto33 -Cod Mecc. NAIC87400E- Via De Carolis, 4 -80040 VOLLA(Napoli)

Direzione Amm.va Tel/Fax 0816338382 - Succursale 0813994768 - Cod Fisc 80160310639

naic87400e@istruzione.it - naic87400e@pec.icsdesica.it - www.istitutocomprensivodesica.edu.it

Con L'Europa, investiamo nel Vostro Futuro

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLINO DI COUNSELING SCOLASTICO A.S. 2022/2023

In riferimento al progetto "PRENDITI TEMPO PER..." che coinvolgerà gli studenti dell'Istituto Comprensivo Statale "Vittorio De Sica", s'informa che la prestazione che verrà offerta agli studenti e ai genitori, è uno sportello di counseling finalizzato al benessere scolastico.

Si precisa, altresì, che l'esperto lavorerà in rete con le famiglie, la scuola ed i servizi territoriali, laddove necessario.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs.196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali"), che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, Vi forniamo le seguenti informazioni:

- Tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini di prevenzione, cura e prestazioni connesse allo svolgimento dello sportello di counseling.
- Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità manuali ed informatiche, idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Autorizzazione di accesso allo Sportello di Counseling, Consenso Informato per il trattamento dei dati e Modulo di prenotazione.

I sottoscritti

Cognome e nome del padre _____

Cognome e nome della madre _____

genitori (esercitanti la potestà genitoriale) dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola Primaria / Secondaria

avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, preso atto del progetto "Prenditi tempo per..."

richiedono di essere contattati dalla referente del progetto per concordare un appuntamento al seguente numero _____.

ACCONSENTONO: NO – SÌ al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento del servizio di Sportello di Counseling Scolastico

ACCONSENTONO: NO – SÌ che il/la proprio/a figlio/a possa accedere ai colloqui individuali con il counselor educativo Dott.ssa Teresa Iorio, insegnante referente del progetto per l'anno scolastico 2022-2023

(luogo e data) _____

(Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale)

