

AL DIRIGENTE  
dell'Istituto Comprensivo Carmagnola II

AUTORIZZAZIONE ALLA FRUIZIONE DEL SERVIZIO  
DI SPORTELLO PSICOLOGICO OFFERTO DALL'ISTITUTO

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

genitori dello studente / della studentessa \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

in relazione all'attivazione dello sportello d'ascolto psicologico offerto dall'Istituto,

**CONCEDONO AUTORIZZAZIONE**

alla propria figlia/ al proprio figlio alla fruizione del servizio presso l'Istituto e forniscono il consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura particolare, alle seguenti condizioni generali:

- le informazioni e i dati personali raccolti sono trattati con modalità idonee a proteggerne la riservatezza nel rispetto del segreto professionale e della normativa sulla privacy (GDPR – General Data Protection Regulation – Regolamento Europeo UE 2016/679; D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i.);
- il servizio di sportello d'ascolto, laddove vi fosse la necessità di attivarlo online, sarà erogato nel rispetto delle Linee guida per le prestazioni psicologiche via Internet e a distanza e di quanto in merito previsto dal Codice deontologico degli psicologi (Ordine Nazionale Psicologi e Ordine Psicologi del Piemonte).

Luogo, data \_\_\_\_\_

FIRMA genitore 1 \_\_\_\_\_

FIRMA genitore 2 \_\_\_\_\_

**In caso di firma di uno solo dei genitori**, Il sottoscritto, 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/riciesta/accettazione 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 genitore \_\_\_\_\_