

## CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

ai sensi del regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018

### SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO – CONSENSO PER STUDENTI

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_, nato il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
e

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_, nato il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

vengono informati sulle attività e finalità del Servizio di Supporto Psicologico istituito presso l'Istituto Comprensivo "F. Torre" di Benevento rivolto ad alunni, genitori e personale scolastico. Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell'Istituzione – dal dott. Marcello Russo, professionista iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania.

Colloqui di consulenza e supporto psicologico a distanza

Il servizio di supporto psicologico è fornito in riferimento alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del COVID-19. In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica, preventivamente concordata tramite email o secondo accordo diretto con lo Psicologo. Per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

Con la sottoscrizione della presente i sottoscritti, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sul minore, dichiarano:

-di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020-21 presso l'Istituto frequentato dall'alunno/a, nell'ambito del SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO;

-di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del Servizio anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali;

-di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del Servizio potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente Servizio

-di autorizzare il/la proprio/a figlio/a ad accedere al SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Benevento, \_\_\_\_\_

Firma del genitore

---

Firma del genitore

---

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al Servizio di supporto psicologico secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma del genitore

---

Firma del genitore

---

## CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

ai sensi del regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018

### SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO – CONSENSO PER GENITORI

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_, nato il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

e

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_, nato il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

vengono informati sulle attività e finalità del Servizio di Supporto Psicologico istituito presso l'Istituto Comprensivo "F.Torre" di Benevento rivolto ad alunni, genitori e personale scolastico. Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell'Istituzione – dal dott. Marcello Russo professionista iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania.

Colloqui di consulenza e supporto psicologico a distanza

Il servizio di supporto psicologico è fornito in riferimento alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del COVID-19. In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica, preventivamente concordata tramite e-mail o secondo accordo diretto con lo Psicologo. Per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

Con la sottoscrizione della presente i sottoscritti dichiarano:

-di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020-21 presso l'Istituto frequentato dal proprio figlio/a, nell'ambito del SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO;

-di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del Servizio anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali;

-di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del Servizio potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente Servizio

-di esprimere il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Benevento, \_\_\_\_\_

Firma del genitore

---

Firma del genitore

---

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al Servizio di supporto psicologico secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma del genitore

---

Firma del genitore

---

## CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

ai sensi del regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018

### SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO – CONSENSO PER DOCENTI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, docente di scuola  
\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

viene informato sulle attività e finalità del Servizio di Supporto Psicologico istituito presso l'Istituto Comprensivo "F. Torre" di Benevento rivolto ad alunni, genitori e personale scolastico. Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell'Istituzione – dal dott. Marcello Russo, professionista iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania.

Colloqui di consulenza e supporto psicologico a distanza

Il servizio di supporto psicologico è fornito in riferimento alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del COVID-19. In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica, preventivamente concordata tramite email o secondo accordo diretto con lo Psicologo.

Con la sottoscrizione della presente il/la sottoscritto/a dichiara:

- di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020-21 presso l'Istituto nell'ambito del SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO;
- di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del Servizio anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali;
- di essere consapevole che i dati personali raccolti nell'ambito del Servizio potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente Servizio
- di esprimere il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Benevento, \_\_\_\_\_

Firma del docente

\_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al Servizio di supporto psicologico secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma del docente

\_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

ai sensi del regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018

### SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO – CONSENSO PER PERSONALE ATA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
assistente amministrativo/collaboratore scolastico in servizio presso la scuola \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

viene informato sulle attività e finalità del Servizio di Supporto Psicologico istituito presso l'Istituto Comprensivo "F. Torre" di Benevento rivolto ad alunni, genitori e personale scolastico. Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell'Istituzione - dal dott. Marcello Russo, professionista iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania.

Colloqui di consulenza e supporto psicologico a distanza

Il servizio di supporto psicologico è fornito in riferimento alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del COVID-19. In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica, preventivamente concordata tramite e-mail o secondo accordo diretto con lo Psicologo.

Con la sottoscrizione della presente il/la sottoscritto/a dichiara:

-di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020-21 presso l'Istituto nell'ambito del SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO;

-di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del Servizio anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali;

-di essere consapevole che i dati personali raccolti nell'ambito del Servizio potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente Servizio

-di esprimere il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Benevento, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al Servizio di supporto psicologico secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma

\_\_\_\_\_