ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE - "ALDO MORO"-MONTESARCHIO

Prot. 0000308 del 13/01/2023

I-3 (Uscita)

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 minorenni

II sottoscritto		<u>UDENTI minore</u>	<u></u>			
	genitore/tutore				_, nato	il
	а	prov	residente a			
		tel				
		prov	residente	a	_, nato	il
		tel				
dell'alunno/a		nato/a	a			
		uentante la classe				
Campania. Colloqui di consul Potranno essere modalità telema prestazioni rivolti genitoriale secon Con la sottoscrizio di essere a con dall'alunno/a, di aver preso vanche per gli di essere cons statisticamenti	ulenza e supporto ps utilizzati per la pres tica, preventivamen e a minori di 18 anni, do quanto precisato one della presente i s noscenza delle attivi nell'ambito del SER' visione della informa aspetti relativi al trat apevoli che i dati per te ed in forma anoni	icologico in presenza e/o stazione sopra descritta, inte concordata tramite e, il consenso informato è si nell'art. 31 del C.D. sottoscritti, nell'esercizio e tà previste, nel corrente a VIZIO DI SUPPORTO PSICO tiva predisposta dalla scuttamento di dati personali rsonali raccolti nell'ambito ma, solo ed esclusivamen l'a ad accedere al SERVIZIO	a distanza colloqui effettuati email o secondo a sempre richiesto ac della responsabilità nno scolastico 202 DLOGICO ola per illustrare le i o del Servizio potra te ai fini del preser	tramite consulenza in accordo diretto con la dentrambi gli esercenti genitoriale sul minore, 2/23 presso l'Istituto frattività previste all'intenno essere utilizzati, riente servizio	presenza a psicologa la respons dichiarano equentato erno del Se	e/o in a. Per abilità o:
Firma del g	enitore		Cinna a	del genitore		
			Firma			

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 O STUDENTI MAGGIORENNI

Il sottoscritto genitore/tutore prov residente a				
Il sottoscritto genitore/tutorea_	prov.	residente	a	
Via				
dell'alunno/a	nato/a a			
ilfree				
	OPPURE			
l'alunna/o	nato a	il	, studer	nte maggiorenne
frequentante la classe	sez			
vengono/viene informati/o sulle atti	vità e finalità del Servizio di <i>i</i>	Accoglienza Psicolog	gica istituito presso	l'IIS "Aldo Moro'
di Montesarchio rivolto ad alunni, g	enitori e personale scolastio	co. Il suddetto servi	zio è curato - per	conto e ad onere
dell'Istituzione - dalla Dott.Ssa Ad				
Campania.				
Il servizio di supporto psicologico è psicologico, derivante anche dai post Potranno essere utilizzati per la pres modalità telematica, preventivamen prestazioni rivolte a minori di 18 anni genitoriale secondo quanto precisato. Con la sottoscrizione della presente i di essere a conoscenza delle attivi dall'alunno/a, nell'ambito del SER di aver preso visione della informa anche per gli aspetti relativi al tra di essere consapevoli che i dati pe statisticamente ed in forma anon di esprimere il consenso a parteci SUPPORTO PSICOLOGICO	cumi dell'ultima pandemia stazione sopra descritta, i conte concordata tramite em i, il consenso informato è sero nell'art. 31 del C.D. sottoscritti dichiarano: lità previste, nel corrente anni evizio DI SUPPORTO PSICOLO ativa predisposta dalla scuola ttamento di dati personali ersonali raccolti nell'ambito di ima, solo ed esclusivamente	olloqui effettuati tra nail o secondo acco mpre richiesto ad en no scolastico 2022/2 DGICO a per illustrare le att del Servizio potranno ai fini del presente s	amite consulenza ir ordo diretto con itrambi gli esercent 3 presso l'Istituto f ività previste all'int o essere utilizzati, r Servizio	n presenza e/o in la Psicologa. Per ii la responsabilità requentato terno del Servizio
Montesarchio, Firma del genitore		Firma del	genitore	
CONSI Autorizzo il trattamento dei dati pe modalità specificate nell'informativa dal D. Lgs.n. 101/2018.	-	ipazione al Servizio	di supporto psicol	=

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 sotto	scritto		_docente di (indicare la disciplina)
nato il		<u>a</u>	
prov	Residente a		Via
tel		email	
Montesar dell'Istitu Campania	rchio rivolto ad alur zione - dalla Dott. a.	nni, genitori e personal ssa Addolorata Iannell	ervizio di Accoglienza Psicologica istituito presso l'IIS "Aldo Moro" di ale scolastico. Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere Ila, professionista iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione
-	• •	oorto psicologico in pre	•
		ogico e finalizzato a pre dai postumi dell'ultima p	revenire e contrastare l'insorgenza di forme di disagio o malessere
modalità Con la sot - di esse SERVIZ - di ave Serviz - di esse statist - di espe SUPPO	telematica, preventi toscrizione della pre ere a conoscenza del ZIO DI SUPPORTO PS r preso visione della io anche per gli aspe ere consapevole che cicamente ed in form rimere il consenso a DRTO PSICOLOGICO	vamente concordata tra esente il/la sottoscritto/ le attività previste, nel co sicologico informativa predisposta etti relativi al trattament i dati personali raccolti la anonima, solo ed escl partecipare alle attività	corrente anno scolastico 2022/23 presso l'Istituto nell'ambito del ta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del
, Montesa	archio		
			Firma del docente
		CONSENSO AL TRAT	TTAMENTO DEI DATI PERSONALI
modalità			ri alla partecipazione al Servizio di supporto psicologico secondo le cuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e

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

assistente

Firma

II/La sottoscritto/a ___

dal D. Lgs.n. 101/2018.

amministrativo/collaboratore scolastico in servizio press la voce che non interessa)_ nato/a			
email	Via		tel.
viene informato sulle attività e finalità del Servizio d Montesarchio rivolto ad alunni, genitori e personale s dell'Istituzione - dalla Dott Ssa Addolorata Iannella, Campania.	li Accoglienza I colastico. Il suc	ddetto servizio è	curato - per conto e ad onere
Colloqui di consulenza e supporto psicologico in presen Il servizio di supporto psicologico è finalizzato a preve psicologico, derivante anche dai postumi dell'ultima pan	nire e contrast		i forme di disagio o malessere
Potranno essere utilizzati per la prestazione sopra desc modalità telematica, preventivamente concordata trami Con la sottoscrizione della presente il/la sottoscritto/a d	critta, i colloqui te email o seco		
 di essere a conoscenza delle attività previste, nel corr SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO 	ente anno scola	astico 2022/23 pre	esso l'Istituto nell'ambito del
di aver preso visione della informativa predisposta da Servizio anche per gli aspetti relativi al trattamento d	•		previste all'interno del
di essere consapevole che i dati personali raccolti nel statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusi	l'ambito del Se	rvizio potranno ess	
di esprimere il consenso a partecipare alle attività, ar SUPPORTO PSICOLOGICO			
Montesarchio,			
		Firma person	ale ATA
CONSENSO AL TRATTA			

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