CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018

OSSERVAZIONE DI CLASSE

*Ai Sigg. Genitori degli studenti minorenni si richiede l’invio del presente modulo di autorizzazione alla mail* [*iotiscolto@icmarvasivizzone.edu.it*](mailto:iotiscolto@icmarvasivizzone.edu.it,) *debitamente compilato e firmato.*

I sottoscritti ,

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore , nato/a a il e frequentante la classe , sez. della scuola plesso

informati degli scopi e delle modalità del servizio di supporto psicologico istituito presso l’Istituto Comprensivo “Marvasi Vizzone”,

AUTORIZZANO  NON AUTORIZZANO

la dott.ssa Vincenza FERA, esperta psicologa/psicoterapeuta iscritta all’Albo professionale al n. 1.578, ad effettuare delle osservazioni sulla classe frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza, dando atto del fatto che la prestazione verrà effettuata nel rispetto degli articoli 15-16-17 del Codice Deontologico degli Psicologi, che consentono allo specialista di condividere con la scuola, in forma orale o telematica, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell’alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico.

AUTORIZZANO  NON AUTORIZZANO

la dott.ssa Vincenza FERA, esperta psicologa iscritta a all’Albo professionale al n. 1.578, qualora lo ritenesse necessario, a condividere con gli insegnanti e con la scuola, i contenuti dell’osservazione effettuata e le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell’alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell’anno scolastico in corso.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma della madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_