

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 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 _____