

**SPORTELLLO PSICOLOGICO  
DICHIARAZIONE DI CONSENSO  
Decreto legislativo del 30/06/2003 n.196 GDPR 679/2016**

Io sottoscritto/a ..... genitore  
dell'alunno.....della classe ..... sezione .....,  
in merito allo sportello di ascolto dell'Istituto, organizzato dall'Associazione Anver e tenuto  
dal dottor Marco Orlando,

ESSENDO INFORMATO CHE

- 1) i colloqui saranno volti a potenziare il benessere psicologico del minore;
- 2) la prestazione professionale sarà resa nel rispetto del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani";
- 3) i dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ivi compresi i dati sensibili e GDPR679/2016;
- 4) il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e avrà come unico scopo l'espletamento delle finalità legate all'attività di consulenza e alla rilevazione dei bisogni del minore;
- 5) titolare e responsabile del trattamento dei dati è il dottor Marco Orlando, psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 11770;
- 6) in caso di nuova emergenza sanitaria, e dunque solo nel caso si verifichi l'impossibilità di garantire l'accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico in presenza presso i locali del nostro Istituto, la prestazione verrà offerta attraverso *consulenze psicologiche online*;
- 7) lo spazio di ascolto individuale sarà attivato secondo le date e le modalità esplicitate nella circolare dedicata e pubblicata sul sito di Istituto

AUTORIZZO

mio/a figlio/a a usufruire, qualora lo desiderasse, dello Sportello d'Ascolto Psicologico attivo con modalità di " *consulenza in presenza oppure online*" presso l'Istituto Von Neumann per l'anno scolastico 2021-2022 e autorizzo al trattamento dei suoi dati personali secondo la normativa vigente (Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR) e D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

Nel caso in cui la consulenza in presenza venisse sostituita con quella online, per esigenze sanitarie legate al contenimento della diffusione del COVID-19, AUTORIZZO la scuola a trasmettere l'indirizzo e-mail istituzionale di mio figlio/a al dott. Marco Orlando per le comunicazioni relative alle eventuali consulenze psicologiche online.

Data.....

FIRMA .....