

CENPIS CORNER – SPORTELLO PSICOLOGICO – DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Decreto legislativo del 30/06/2003 n.196 GDPR 679/2016

(da compilare e firmare da tutti coloro che detengono la responsabilità genitoriale del minore)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via/piazza _____
C.F. _____ identificato mediante documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____

e

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via/piazza _____
C.F. _____ identificato mediante documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____

Detentori della responsabilità genitoriale del minore

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____
sezione _____

SONO/SIAMO INFORMATI/I CHE:

- I colloqui saranno svolti a potenziare il benessere psicologico del minore;
- La prestazione professionale sarà resa nel rispetto del “Codice Deontologico degli Psicologi Italiani”, reperibile online sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it;
- I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al CENPIS CORNER - Sportello Psicologico, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- 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;
- Il titolare del trattamento è CENPIS Orion con sede in p.zza Trasimeno 2 – 00198 Roma;

- Il Responsabile per la protezione dati è contattabile presso CENPIS Orion con sede in p.zza Trasimeno 2 – 00198 Roma Tel. +39 06 8414142, indirizzo e-mail dpo@cenpisorion.it;
- Lo spazio d’ascolto individuale sarà attivato secondo le date e le modalità concordate col minore.

Pertanto,

AUTORIZZO/AUTORIZZIAMO:

Mio/nostro/a figlio/a ad usufruire, qualora lo desiderasse, del CENPIS CORNER – Sportello Psicologico, attivo con modalità di “consulenza in presenza” presso l' **Istituto Comprensivo “ Barbara Rizzo”, plesso Rossellini, Formello** per l’anno scolastico 2023-2024 e autorizza/autorizziamo al trattamento dei suoi dati personali secondo la normativa vigente (Regolamento UE 2017/679 – Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR) e D.lgs. 30 giugno 2003 n 196).

Data _____

Firma 1 _____

Firma 2 _____

(firme leggibili di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale)

(*) Sotto la mia responsabilità, dichiaro di aver effettuato la scelta nell’osservanza delle norme del Codice civile in materia di responsabilità genitoriale e di aver informato della presente liberatoria l’altro esercente la potestà genitoriale che ne ha dato il consenso.

Data _____

Firma _____

Il modulo recepisce le disposizioni contenute nel decreto legislativo 28 dicembre 2013, n. 154 che ha apportato modifiche al Codice civile in tema di filiazione. Alla luce della succitata disposizione in materia, la richiesta di iscrizione al CENPIS CORNER – Sportello Psicologico, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori.