

I.T.C.S. "ERASMO DA ROTTERDAM"

LICEO ARTISTICO INDIRIZZO GRAFICA - LICEO DELLE SCIENZE UMANE OPZ. ECONOMICO SOCIALE
ITI INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI - ITI COSTRUZIONI, AMBIENTE E TERRITORIO
VIA VARALLI, 24 - 20021 BOLLATE (MI) TEL. 023506460/75 – FAX 0233300549
MITD450009 – C.F. 97068290150



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI
pon
2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

PER I MAGGIORENNI

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in Via _____ N.
chiedo di usufruire del Servizio di Counseling e dichiaro di essere stato informato dei punti di cui al
quadro A.

Data _____ Cognome e nome del dichiarante _____

PER I MINORENNI

Noi sottoscritti _____ genitori di _____

Sig. _____ nato a _____
il _____ e residente in Via _____ N.

e _____

Sig. ra _____ nata a _____
il _____ e residente in Via _____ N.

prima di ottenere la consulenza psicologica nell' ambito del Servizio C.I.C. dell' I.T.C.S.

" Erasmo da Rotterdam " di Bollate (MI) in favore del minore

nato/a a _____ il _____ dichiariamo
di essere stati informati dei punti di cui al **quadro A**

Quadro A

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico finalizzato a migliorare il benessere psicologico ;
- lo strumento di intervento sarà il colloquio clinico ;
- i colloqui saranno al massimo in numero di tre ;
- i colloqui avranno durata massima di quarantacinque minuti ciascuno ;
- lo Studente sarà giustificato per l'assenza alla lezione durante il colloquio ;
- i colloqui avranno luogo previo appuntamento con la Psicologa da parte dello Studente presso lo Sportello C.I.C. negli orari previsti ;
- lo Psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Consapevoli di tutto ciò, accettiamo che nostra/o figlia/o possa fruire di tale Servizio della Scuola.

Luogo _____

Data _____

COGNOME E NOME MADRE _____

COGNOME E NOME PADRE _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato dalle Dott.sse che :

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti all'attività di Psicologo per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
3. il titolare del trattamento è la Segreteria Studenti

Per i Maggiorenni

Preso visione della presente informativa , attesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e data

COGNOME E NOME DELLO/A STUDENTE/SSA (SE MAGGIORENNE)

Per i Minorenni

Preso visione della presente informativa, attestiamo il nostro libero consenso al trattamento dei nostri dati personali.