

# 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

**FUTURA**

Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



**LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**

Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



**Italiadomani**  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



SISTEMA DI GESTIONE  
QUALITÀ CERTIFICATO  
**CQY**  
CERTIQUALITY  
UNI EN ISO 9001:2015



## PER I MAGGIORENNI

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
chiedo di usufruire del Servizio di Counseling e dichiaro di essere stato informato dei punti di cui al  
**quadro A**. Data e firma \_\_\_\_\_

## PER I MINORENNI

Noi sottoscritti

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Identificato con Carta di Identita' n. \_\_\_\_\_

Rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e

Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Identificata con Carta di Identita' n. \_\_\_\_\_

Rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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 e data

FIRMA DELLA MADRE ( LEGGIBILE )

FIRMA DEL PADRE ( LEGGIBILE )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# 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 Monteverdi e Soriano 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

FIRMA DELLO STUDENTE (SE MAGGIORENNE)

---

## **Per i Minorenni**

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

FIRMA DELLA MADRE (LEGGIBILE)

---

FIRMA DEL PADRE (LEGGIBILE)

---