

LICEO E ISTITUTO TECNICO "ERASMO DA ROTTERDAM"

Liceo Artistico indirizzo Grafica - Liceo delle Scienze Umane opzione Economico sociale

ITI Informatica e telecomunicazioni - ITI Costruzioni, ambiente e territorio

Via Varalli, 24 - 20021 BOLLATE (MI) Tel. 023506460/75 - MITD450009 – C.F.97068290150

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

CONSENSO INFORMATO SERVIZIO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

PER I MAGGIORENNI

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in _____ Via _____
chiedo di usufruire del Servizio di ascolto 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 Identità N. _____
rilasciata dal Comune di _____ in data ____/____/____
e

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

Identificata con Carta di Identità N. _____ rilasciata dal Comune di
_____ in data ____/____/____ prima di ottenere la
consulenza psicologica nell'ambito del Servizio di Counseling dell'Istituto "Erasmus da Rotterdam"
di Bollate (MI) in favore del/lla 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 di ascolto psicologico 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 Dottoresse 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

Presa 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

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

Luogo e data _____

FIRMA DELLA MADRE (LEGGIBILE)

FIRMA DEL PADRE (LEGGIBILE)