



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA  
Fondo europeo di sviluppo regionale

Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo "G. Marconi" di Casalmaggiore

Via Alcide De Gasperi, 4 - 26041 Casalmaggiore

C.F. 81002130193 - C.M. CRIC816008 - Tel. 0375285611 Fax 0375285697

e-mail: [cric816008@istruzione.it](mailto:cric816008@istruzione.it) - e-mail certificata: [cric816008@pec.istruzione.it](mailto:cric816008@pec.istruzione.it)

Sito web: <http://www.icmarconicasalmaggiore.edu.it>

### SPAZIO ASCOLTO

#### MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI PSICOLOGICHE A MINORI E AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritto/a..... Nato/a .....

Il ..... Residente a .....

in via .....

Rapporto di parentela .....

Io sottoscritto/a..... Nato/a .....

Il ..... Residente a .....

in via .....

Rapporto di parentela .....

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e succ. modifiche, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati sensibili di mio/a nostro/a figlio/a di cui all'art. 4 comma 1 lett. D, nonché art. 26 del D.Lgs. n. 196/2003

- Dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della responsabilità genitoriale/tutoria nei confronti del minore:

Cognome e nome.....

Nato/a a..... il .....

frequentante la classe ..... presso la scuola di .....

AUTORIZZIAMO

NON AUTORIZZIAMO

- Nostro/a figlio/a ad usufruire delle prestazioni professionali (colloqui a scuola della psicologa della scuola Dott.ssa Cristina Magni iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna n.5453A.
- la raccolta dei dati necessari allo svolgimento delle prestazioni
- l'utilizzo dei dati esclusivamente nell'ambito e con le modalità indicate dall'informativa
- la Dott.ssa Magni a scambiare informazioni con le Insegnanti di nostro/a figlio/a, nel rispetto della tutela della privacy.

Il Sig.----- e la Sig.ra  
----- dichiarano di aver compreso quanto riportato  
sul modulo ed esprimono il loro

consenso

non consenso

affinché il figlio/a si avvalga delle prestazioni professionali della Dott.ssa Cristina Magni. Si ricorda che le prestazioni offerte non hanno finalità diagnostiche o terapeutiche.

Luogo..... Data.....

Firma leggibile (padre) .....

Firma leggibile (madre) .....

**INFORMATIVA EX Art. 13 e 14 DELREGOLAMENTO EUROPEO IN MATERIA DI PRIVACY UE  
2016/679**

Egregio Signore/Gentile Signora,

desideriamo informarLa, in seguito all'approvazione del D.Lgs 101/2018, che ha acquisito validità in Italia dell'entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679 ed ha emendato il D.Lgs 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", le modalità di raccolta del consenso per l'uso dei dati delle persone sono cambiate.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di legittimità, correttezza, liceità e trasparenza e responsabilità quanto alla tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato.

### **FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

La informiamo che i dati particolari verranno trattati esclusivamente ai fini della tutela della salute nell'ambito del servizio denominato "Spazio ascolto". Tutti i dati forniti sono direttamente ed esclusivamente connessi allo svolgimento dell'attività a esso connesso, nonché necessari per la sua fruibilità.

### **MODALITA' DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati particolari, cioè qualsiasi operazione eseguita sui dati dal momento della loro raccolta al momento della loro distruzione, potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti informatici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario all'adempimento dell'attività dello Sportello d'Ascolto.

Il trattamento dei dati viene effettuato direttamente dal responsabile dello Sportello, Dott.ssa Cristina Magni nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale e/o del segreto d'ufficio.

### **DURATA DEL TRATTAMENTO – COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI**

I dati personali saranno conservati per il tempo di attività dello Spazio d'Ascolto, dallo psicologo incaricato, Dott.ssa Cristina Magni. Potranno essere comunicati a terzi solo in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Il Titolare del trattamento è la Dott.ssa Cristina Magni.

### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

Nella gestione dei suoi dati personali si terrà conto dei suoi diritti (articoli da 15 a 22 del Regolamento 2016/679), e cioè il diritto all'accesso, alla rettifica ed alla cancellazione (diritto all'oblio), alla limitazione del trattamento, all'opposizione al trattamento, il diritto di proporre un reclamo al Garante Privacy. Le richieste di applicazione dei suoi diritti vanno indirizzate al titolare del trattamento, utilizzando il recapito:

[cristina.magni@icmarconicasalmaggiore.edu.it](mailto:cristina.magni@icmarconicasalmaggiore.edu.it)