



**ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE
"ALESSANDRO ARTOM"**



SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO

Consenso dell'esercente la responsabilità genitoriale

Il sottoscritto _____ (padre/tutore)
nato a _____ il _____
Residente a _____ Prov _____ in via _____
La sottoscritta _____ (madre/tutrice)
nata a _____ il _____
Residente a _____ Prov _____ in via _____
In qualità di genitori /legali tutori del minore: Nome _____ Cognome _____
_____ Nato/a _____ a _____
_____ il _____

Preso visione dell'informativa privacy sopra esposta, forniamo il nostro consenso al fatto che il minore possa usufruire dei servizi di sportello psicologico;

firme (di entrambi genitori/tutori) _____ .

Inoltre, presa visione dell'informativa privacy sopra esposta, forniamo il nostro consenso all'utilizzo dei dati del minore come di seguito indicato:

a) per gestire i rapporti volti all'espletamento della fornitura dei servizi che sono stati proposti; firme (di entrambi genitori/tutori) _____

b) per eventuali contatti (telefonici, via fax, via posta ordinaria, via e-mail, ecc.); firme (di entrambi genitori/tutori) _____

Siamo consapevoli di poter richiedere in qualunque momento la variazione/revoca ai consensi forniti, di poter richiedere copia di tutti i dati presenti e di richiederne la modifica o la cancellazione. La richiesta dovrà avvenire a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo: atff01000t@pec.istruzione.it Infine **AUTORIZZIAMO** il/la minore, qualora ne avvertisse la necessità, ad usufruire dei colloqui con la **Psicologa Dott.ssa Criniti Teresa**, e/o a partecipare ad eventuali interventi attivati sul gruppo classe per l'espletamento di tutte le attività previste dal progetto **"Sportello di ascolto psicologico"** (osservazioni sulla classe, colloqui individuali, somministrazione di test e questionari ecc.) .

Luogo e Data _____

Firma padre/tutore _____

Firma madre/tutrice _____

Via Romita n. 42 - **14100 Asti** ☎ 0141 1771650



Sezione staccata di CANELLI: Via Asti, 16/18 - 14053 CANELLI ☎ / 📠 0141 822839

E-mail: atff01000t@istruzione.it **PEC:** atff01000t@pec.istruzione.it

www.itisartom.edu.it



Cod.Mecc.: ATFF01000T

C.F.: 80005460052

Cod.Univoco: UF59MN



**ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE
"ALESSANDRO ARTOM"**



CONSENSO INFORMATO MAGGIORENNI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della informativa sopra riportata ed aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla **Dott.ssa Criniti Teresa** presso lo **Sportello di ascolto psicologico** istituito dall'Istituto Artom.

Luogo e data _____ Firma _____

Nota: il personale della scuola, i genitori, gli studenti maggiorenni che intendono usufruire del servizio devono compilare esclusivamente il Consenso informato maggiorenni; affinché gli studenti minorenni possano usufruire del servizio dello sportello di ascolto occorre la compilazione in tutte le sue parti e le firme di entrambi i genitori (o i tutori) del Consenso dell'esercente la responsabilità genitoriale.

Via Romita n. 42 - **14100 Asti** ☎ 0141 1771650



Sezione staccata di CANELLI: Via Asti, 16/18 - 14053 CANELLI ☎ / 📠 0141 822839
E-mail: attf01000t@istruzione.it PEC: attf01000t@pec.istruzione.it

www.itisartom.edu.it



Cod.Mecc.: ATTF01000T **C.F.:** 80005460052 **Cod.Univoco:** UF59MN