



**SPORTELLO PSICOLOGICO -DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**  
**Decreto legislativo del 30/06/2003 n.196 GDPR 679/2016**

(da compilare e firmare da tutti coloro che detengano la responsabilità genitoriale del minore)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ identificato mediante documento \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ identificato mediante documento \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

detentori della responsabilità genitoriale del minore

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

**SONO/SIAMO INFORMATO/I CHE**

- data la situazione attuale d'emergenza e le misure di tutela adottate per il contenimento della diffusione del COVID-19 e data l'impossibilità di garantire l'accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico presso i locali del nostro Liceo, la prestazione che verrà offerta consisterà esclusivamente in *consulenze psicologiche online*;
- i colloqui saranno volti a potenziare il benessere psicologico del minore;
- la prestazione professionale sarà resa nel rispetto del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani" reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it);
- i dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e avrà come unico scopo l'espletamento delle finalità legate all'attività di consulenza e alla rilevazione dei bisogni del minore;
- il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 con sede in Roma (00193), Via Borgo santo Spirito 3 (pec. protocollo@pec.aslroma1.it). I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati Tel. 06.33062794; e-mail: dpo@aslroma1.it ;
- lo spazio di ascolto individuale sarà attivato secondo le date e le modalità concordate col minore.

Pertanto,

AUTORIZZO/AUTORIZZIAMO

mio/nostro/a figlio/a a usufruire, qualora lo desiderasse, dello Sportello d'Ascolto Psicologico attivo con modalità di "consulenza online" presso il Liceo Statale Vittoria Colonna di Roma per l'anno scolastico 2020-2021 e autorizza/autorizziamo al trattamento dei suoi dati personali secondo la normativa vigente (Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR) e D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

Data \_\_\_\_\_

Firma1. \_\_\_\_\_

Firma 2. \_\_\_\_\_

*(Firme leggibili di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale)*

Ovvero

(\*) Sotto la mia responsabilità, dichiaro di aver effettuato la scelta nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale e di aver informato della presente liberatoria l'altro esercente la potestà genitoriale che ne ha dato il consenso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il modulo recepisce le disposizioni contenute nel decreto legislativo 28 dicembre 2013, n. 154 che ha apportato modifiche al codice civile in tema di filiazione.*

*Alla luce della succitata disposizione in materia, la richiesta di iscrizione allo Sportello di Ascolto Psicologico, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori.*