



## ISTITUTO MAGISTRALE STATALE “REGINA MARGHERITA”

### RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO SPORTELLO D’ASCOLTO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/i esercente/i la podestà genitoriale/tutoria su minore (o chi ne fa le veci)

del minore \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

**RICHIEDE/RICHIEDONO** l’accesso allo Sportello di Ascolto Psicologico;

**DICHIARA/DICHIARANO** di essere stato/a/i informato/a/i, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

- La prestazione, offerta nell’ambito del progetto Scuole Aperte Partecipate in Rete, è un sostegno psicologico di tipo consulenziale in presenza, finalizzato alla promozione del benessere psicologico e al potenziamento delle risorse personali e che la stessa non presenta finalità di tipo terapeutico;
- I dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente; al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall’art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e dal Reg. UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili. Il Titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico dell’Istituzione;
- Il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge;
- Lo Psicologo, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservazione del Codice Deontologico degli Psicologi. I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

*Allegare: Fotocopia documento d’identità*

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_