CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Progetto SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA – CONSENSO PERSONALE ATA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Direttore s.g.a.

 Assistente amministrativo

 Collaboratore scolastico

 Nato il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Via prov.\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vengono informati sulle attività e finalità del supporto Psicologico istituito presso la Direzione Didattica 3 Circolo di Aversa (CE), rivolto ad alunni, genitori e personale scolastico (docente e non docente).Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell’Istituzione - dalla Dott.ssa Giovanna Palmieri professionista iscritta all’Ordine dei Psicologi e Psicoterapeuti della Campania, numero di iscrizione 2745, polizza assicurativa a tutela di eventuali danni arrecati al cliente n. 500216747 ( Allianz SpA) e dalla Dott.ssa Russo Eleonora professionista iscritta all’Ordine dei Psicologi e Psicoterapeuti della Campania, numero di iscrizione 3360, polizza assicurativa a tutela di eventuali danni arrecati al cliente n. 178013228 ( UnipolSai)

La prestazione offerta è una consulenza psicologica finalizzata a rispondere a traumi e disagi derivanti dall’emergenza COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico.

In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, **colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica, preventivamente concordata tramite email o secondo accordo diretto con l’esperto.**

Con la sottoscrizione della presente dichiaro:

* + di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020-21 presso l'Istituto frequentato dall'alunno, nell'ambito del Progetto SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO
	+ di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all’interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali
	+ di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell’ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell’informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma