

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PRIMO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

**LICEO ARTISTICO STATALE
FAUSTO MELOTTI**

SEDE CENTRALE: Via Andina 8 – 22063 Cantù (CO) Tel. 031.714100 Fax. 031.704747
SEDE STACCATA: Via Pitagora 15 – 22074 Lomazzo (CO) tel. 02.96779256 Fax 02.96779572
C.F. 81003890134 – Cod. Univoco Fatt. Elettr. UFXGI6 – COD. MIN. COSD02000R
SITO INTERNET: www.liceoartisticomelotti.edu.it
E-MAIL: cosd02000r@istruzione.it - cosd02000r@pec.istruzione.it



Oggetto: Modulistica di consenso per il progetto “Sportello d’ascolto psicologico” nell'ambito del piano di prevenzione e supporto psicologico.

Nelle pagine seguenti sono riportati i seguenti moduli:

- MODULO 1 CONSENSO PARTECIPAZIONE SPORTELLO PSICOLOGICO - GENITORI / TUTORI (Per Studenti Minorenni): Da consegnare in segreteria entro il 30 ottobre 2026 o comunque nel momento di utilizzo dello sportello.
- MODULO 2 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER IL COLLOQUIO - STUDENTE ULTRAQUATTORDICENNE E MAGGIORENNE.
- MODULO 3 CONSENSO PARTECIPAZIONE - DOCENTI E PERSONALE ATA E GENITORI (accesso in proprio).

Si invita il personale interessato a aderire al progetto “Sportello d’ascolto psicologico” nell'ambito del piano di prevenzione e supporto psicologico a prendere visione della modulistica e compilare quella relativa alla propria casistica.

Il Dirigente Scolastico

Arch. Anna Proserpio

MODULO 1: CONSENSO PARTECIPAZIONE SPORTELLLO PSICOLOGICO - GENITORI / TUTORI (Per Studenti Minorenni)

Il sottoscritto genitore/tutore _____, nato il _____ a
_____ prov. _____ residente a _____ Via
_____ prov. _____ e-
mail _____ tel. _____

Il sottoscritto genitore/tutore _____, nato il _____ a
_____ prov. _____ residente a _____ Via
_____ prov. _____ e-
mail _____ tel. _____

dell'alunno _____ nato a _____ il _____
frequentante la classe _____ Sez. _____ Scuola _____

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

- di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico presso l'Istituto frequentato dall'alunno, nell'ambito del Progetto;
- 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 e di acconsentire ai trattamenti necessari;
- di essere consapevoli che, qualora il proprio figlio/a sia ultraquattordicenne, il consenso al trattamento dei dati personali relativi allo specifico colloquio verrà rilasciato direttamente dallo/a stesso/a;
- di essere consapevoli che il servizio non ha natura sanitaria, diagnostica o psicoterapeutica, che i contenuti dei colloqui sono coperti da segreto professionale e non saranno comunicati alla scuola, salvo i casi previsti dalla legge o l'eventuale consenso espresso, e che il consenso può essere revocato in qualsiasi momento.

☐ ESPRIMONO IL CONSENSO

☐ NON ESPRIMONO IL CONSENSO

alla partecipazione del proprio figlio alle attività programmate all'interno del progetto, ivi incluso l'accesso allo Sportello d'ascolto psicologico e ad eventuali interventi in gruppo o gruppo classe, e al trattamento dei dati personali del minore per le finalità indicate nell'informativa.

Luogo, Data _____

firma del genitore _____ firma del genitore _____

**MODULO 2: CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER IL COLLOQUIO - STUDENTE
ULTRAQUATTORDICENNE E MAGGIORENNE**

(Da sottoscrivere al momento del colloquio da parte dello studente ai sensi degli artt. 6, 7 e 9 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR, a garanzia del suo diritto all'autodeterminazione e alla riservatezza)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ frequentante la classe _____ sezione _____ età _____

DICHIARO

- Di aver compiuto i 14 anni
- di essere stato/a informato/a delle modalità di trattamento dei miei dati personali
- di aver compreso che le informazioni condivise durante il colloquio sono protette dal segreto professionale, con i soli limiti previsti dalla legge e dal Codice Deontologico (ad esempio grave pericolo per me o per altri)
- di sapere che la partecipazione è volontaria e che posso revocare il consenso in qualsiasi momento.

ACCONSENTO

- al trattamento dei miei dati personali, compresi quelli appartenenti a categorie particolari che deciderò di condividere, necessari per lo svolgimento del colloquio presso lo Sportello

Luogo, Data _____

Firma dello studente/della studentessa _____

MODULO 3: CONSENSO PARTECIPAZIONE - DOCENTI E PERSONALE ATA E GENITORI (accesso in proprio)

Il sottoscritto _____ docente/ATA/genitore dell'alunno
_____ di _____ nelle classi (se applicabile) _____, nato il
_____ a _____ prov. _____ residente a _____ Via
_____ prov. _____ e-mail _____
tel. _____

Con la sottoscrizione della presente dichiara:

- di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico presso l'Istituto nell'ambito del Progetto
- 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 e di acconsentire ai trattamenti necessari
- di essere consapevole che la partecipazione è volontaria e che né l'accesso allo Sportello né i contenuti dei colloqui saranno comunicati al Dirigente scolastico, ai colleghi o all'amministrazione, né avranno alcuna incidenza sulla valutazione o sul rapporto di lavoro, fatti salvi gli obblighi di legge;
- di essere consapevole che il servizio non ha natura sanitaria, diagnostica o certificativa, che i colloqui sono coperti da segreto professionale con i soli limiti previsti dalla legge e che posso revocare il consenso in qualsiasi momento.

Ed esprime il consenso a partecipare alle attività programmate all'interno del progetto e al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli appartenenti a categorie particolari che deciderà di condividere, per le finalità indicate nell'informativa.

Luogo, Data _____

Firma _____