

Al Dirigente Scolastico
dell'ITIS e Liceo Scientifico Opz. Sc. App.
"G. Vallauri" di Velletri (RM)

Oggetto: Autorizzazione* dei genitori per consentire agli **studenti minorenni** la fruizione dello **Sportello di inclusione scolastica**, dello **Sportello d'ascolto**, dei laboratori e delle attività che si svolgeranno nel corso dell'anno in classe.

I sottoscritti

_____ / _____

genitori/tutori dello/a studente/ssa

frequentante la classe _____

autorizzano

il proprio figlio/a ad usufruire delle prestazioni professionali degli psicologi che la scuola offre nell'ambito del progetto **Sportello di inclusione scolastica e Sportello d'ascolto**, attivato dall'Istituto, nonché dei **laboratori** e delle **attività** che si svolgeranno nel corso dell'anno in classe.

I sottoscritti dichiarano di aver autorizzato la fruizione del servizio in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

INFORMATIVA PRIVACY: L'attività di sportello si attiene alle norme di legge sulla tutela della privacy e del segreto professionale secondo il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), al provvedimento Generale del Garante per la protezione dei dati personali 30.6.2005 "Trattamento dei dati sensibili nella pubblica amministrazione" e sulla base di quanto previsto dal Regolamento di cui al D.M. 7.12.2006 n. 305, nonché dalla Autorizzazione Generale del Garante n. 2 dell'11.12.2014. Il trattamento dei dati ha le seguenti finalità: assolvimento dei compiti, dell'attività e delle prestazioni inerenti al servizio "Sportello d'ascolto" attivato presso l'Istituto G. Vallauri, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela dei diritti, della riservatezza.

Velletri, _____ / _____ / _____

Firma dei genitori/tutori

* L'autorizzazione è valida per l'intero anno scolastico.