Alla C.A. degli Alunni

del Liceo Scientifico

e delle Scienze umane

“L.Mossa” Olbia

Con la presente si comunica che dal mese di gennaio 2020, avranno inizio, nei locali dell’Istituto, le attività della Linea “C” del Progetto regionale **“Tutti a Iscol@”.**

Il progetto rivolto ad alunni, docenti, personale non docente, soggetti esercenti la responsabilità genitoriale, si articolerà in due linee operative e prevedrà le attività di due **psicologhe**.

**Gli interventi** saranno programmati per:

* favorire l’inclusione e l’integrazione scolastica degli studenti;
* prevenire e affrontare problematiche prettamente scolastiche derivanti da insuccessi, esclusioni, etichettamenti, difficoltà di apprendimento, metodi di studio inadeguati;
* prevenire o rilevare situazioni di particolare disagio, in contesto scolastico ed extrascolastico;
* formare docenti, personale non docente, soggetti esercenti la responsabilità genitoriale.

Il calendario delle attività verrà reso pubblico attraverso il sito della scuola, circolari scolastiche e locandine.

Gli allievi, i docenti, il personale non docente, i soggetti esercenti la responsabilità genitoriale, interessati a prendere un appuntamento con gli specialisti potranno scegliere una delle seguenti opzioni:

1. inviare una mail al seguente indirizzo: [psicologo.liceoscientifico@gov.it](mailto:psicologo.liceoscientifico@gov.it);
2. inserire un biglietto con il proprio nome, cognome e classe, all’interno degli appositi raccoglitori che saranno disposti presso la bidelleria;
3. contattando il docente-coordinatore di classe;
4. rivolgersi ai referenti per la Linea C del Progetto Tutti a Iscol@, Prof. Pietro Pisanu e Prof. Antonio Farina.

**CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE A FAVORE DEL MINORE**

**CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE A FAVORE DEL MINORE**

Il sottoscritto, (padre o colui che esercita la responsabilità genitoriale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e

Ia sottoscritta, (madre o colei che esercita la responsabilità genitoriale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**previamente ed esaustivamente informati**:

sulle attività previste dal Progetto “Tutti a Iscol@”, “Linea C” (vedi foglio n.1);

che per le suddette attività potranno essere usati strumenti conoscitivi per la rilevazione delle potenzialità, abilità e disponibilità nonché metodi, tecniche e strategie di interventi per la prevenzione e il recupero di disagi e difficoltà

**DICHIARIAMO**

di rilasciare il consenso agli psicologi per svolgere le prestazioni professionali ricomprese tra gli interventi di cui sopra, a favore del/la minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e, pertanto:

* AUTORIZZIAMO LA PARTECIPAZIONE DI NOSTRO/A FIGLIO/A AL PROGETTO
* NON AUTORIZZIAMO LA PARTECIPAZIONE DI NOSTRO/A FIGLIO/A AL PROGETTO

Luogo e data

Firme leggibili

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

**CONSENSO INFORMATO DELL’ALLIEVO MAGGIORENNE ALLA PRESTAZIONE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**previamente ed esaustivamente informato**:

sulle attività previste dal Progetto “Tutti a Iscol@”, “Linea C” (vedi foglio n.1);

che per le suddette attività potranno essere usati strumenti conoscitivi per la rilevazione delle potenzialità, abilità e disponibilità nonché metodi, tecniche e strategie di interventi per la prevenzione e il recupero di disagi e difficoltà

**DICHIARO**

di rilasciare il consenso agli psicologi per svolgere le prestazioni professionali a mio favore e, pertanto:

* ACCETTO le condizioni sopra riportate
* NON ACCETTO le condizioni sopra riportate

Luogo e data

Firma leggibile gen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_itoriale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

* Ai sensi dell’articolo 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n° 196 e del **”** e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) sono stato informato/a che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste
2. *Il trattamento dei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche*;
3. I dati saranno inseriti in archivi e registri e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza; le eventuali audio- video- registrazioni degli incontri e le fotografie saranno impiegate dagli specialisti per gli scopi professionali concernenti le prestazioni, saranno inoltre impiegate a scopi scientifici e a scopi didattici;
4. I dati personali possono essere soggetti a trattamento solo con il nostro consenso scritto;
5. Il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all’instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del nostro consenso l’alunno dovrà rinunciare alla prestazione;
6. Abbiamo diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno dei dati personali, la cancellazione, la trasformazione *in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge*, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
7. I dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del progetto. Oltre tale data verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti all’intervento;

Presa visione della presente informativa, si rilascia il libero consenso al trattamento dei dati personali

Luogo e data Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e