Allegato A

***Oggetto: RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO (per ALUNNI MINORENNI)***

La Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, madre del minorenne alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dall’istituzione scolastica in merito allo sportello psicologico e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché la/il figlia/o possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessio Pescara, psicologo iscritto all’Albo dell’ordine psicologi della Regione Campania, individuato a seguito Avviso pubblico per lo svolgimento dello Sportello di ascolto istituito dalla scuola ISIS “A.Volta” di Aversa nell’a.s. 2020/21.

Con la presente, altresì, autorizza al consenso al trattamento dei dati per la sola finalità per cui lo stesso viene reso, quindi senza fini ulteriori rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, padre del minorenne alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dall’istituzione scolastica in merito allo sportello psicologico e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché la/il figlia/o possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessio Pescara, psicologo iscritto all’Albo dell’ordine psicologi della Regione Campania, individuato a seguito Avviso pubblico per lo svolgimento dello Sportello di ascolto istituito dalla scuola ISIS “A.Volta” di Aversa nell’a.s. 2020/21.

Con la presente, altresì, autorizza al consenso al trattamento dei dati per la sola finalità per cui lo stesso viene reso, quindi senza fini ulteriori rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.

Luogo e data Firma del padre

***RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO (per ALUNNI SOTTO TUTELA)***

La Sig.ra/Il Sig......................................................................nata/o a………………….…………………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Tutore del minorenne.................................................................... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ................................................................................................................................................................... residente a …………………..………….............................................................................................................. in via/piazza ………...…………………...................................................................................n.….…….............

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dall’istituzione scolastica in merito allo sportello psicologico e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché l’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a lui/lei affidato/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessio Pescara, psicologo iscritto all’Albo dell’ordine psicologi della Regione Campania, individuato a seguito Avviso pubblico per lo svolgimento dello Sportello di ascolto istituito dalla scuola ISIS “A.Volta” di Aversa nell’a.s. 2020/21. Con la presente, altresì, autorizza al consenso al trattamento dei dati per la sola finalità per cui lo stesso viene reso, quindi senza fini ulteriori rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.

Luogo e data Firma del tutore

***RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO (per ADULTI - GENITORI - PERSONALE SCOLASTICO)***

La Sig.ra/Il Sig.............................................................................nata/o a……...……………………………………. il\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (genitore / docente / personale ATA) ................................................................................................................................................................... residente a ……………..…………..................................................................................................................... in via/piazza ………...…………………………..............................................................................n.….…….............

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dall’istituzione scolastica in merito allo sportello psicologico e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso per accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessio Pescara, psicologo iscritto all’Albo dell’ordine psicologi della Regione Campania, individuato a seguito Avviso pubblico per lo svolgimento dello Sportello di ascolto istituito dalla scuola ISIS “A.Volta” di Aversa nell’a.s. 2020/21.

Con la presente, altresì, autorizza al consenso al trattamento dei dati per la sola finalità per cui lo stesso viene reso, quindi senza fini ulteriori rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.

Luogo e data Firma del genitore/docente/ATA