

## AUTORIZZAZIONE ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

### I.S.I.S. VOLTA - AVERSA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_/\_\_/\_\_, residente in \_\_\_\_\_, genitore (o chi ne fa le veci) dello studente \_\_\_\_\_ dell'I.S.I.S. Volta di Aversa, frequentante la classe \_\_\_\_\_ dichiaro di aver compreso le finalità e le modalità di funzionamento dello Sportello di Ascolto Psicologico attivato presso l'Istituto e, pertanto, **autorizzo** la partecipazione dello studente alle attività dello sportello.

### Finalità e Modalità dello Sportello di Ascolto Psicologico

Lo Sportello di Ascolto Psicologico è un servizio gratuito rivolto agli studenti con l'obiettivo di offrire supporto e consulenza psicologica in relazione a problematiche personali, scolastiche e relazionali. L'intervento si propone di:

- Favorire il benessere psicologico e il successo formativo degli studenti;
- Supportare nella gestione di ansia, stress e difficoltà relazionali;
- Fornire strumenti di orientamento e supporto nella crescita personale.

Gli incontri con lo psicologo si svolgeranno su appuntamento, garantendo la massima riservatezza.

### Tutela della Privacy

Tutti i dati personali e le informazioni condivise durante gli incontri saranno trattati nel pieno rispetto del **Regolamento UE 2016/679 (GDPR)** sulla protezione dei dati personali. Le informazioni fornite saranno utilizzate esclusivamente per le finalità dello Sportello Psicologico e non verranno divulgate senza esplicito consenso dell'interessato/a.

### Dichiarazione di Consenso

Preso atto delle informazioni fornite e delle finalità del servizio, **autorizzo** lo svolgimento dei colloqui con lo psicologo incaricato dall'Istituto.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Firma del Genitore (o esercente responsabilità genitoriale): \_\_\_\_\_

Firma dello Studente \_\_\_\_\_

### Per il trattamento dei dati personali:

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy e **acconsento** al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate.

Firma del Genitore (o esercente responsabilità genitoriale): \_\_\_\_\_

Firma dello Studente \_\_\_\_\_