

CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018

OSSERVAZIONE DI CLASSE

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (____) il _____ e residente a
_____, Via/piazza _____

Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (____) il _____ e residente a
_____, Via/piazza _____

Telefono _____

vengono informati sulle attività e finalità del Servizio di Sportello Psicologico istituito presso l'I.C. Tolstoj, rivolto ad alunni, genitori e docenti. Il suddetto servizio, curato dalla Dott.ssa Antonella D'Ambrosio, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia con n. 16331 consiste anche in:

- osservazione in classe relativamente a: dinamiche di gruppo, situazioni comportamentali, consulenza e supporto ai docenti per lo sviluppo di strategie educative efficaci.

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____

che frequenta la classe _____ sez _____

informati degli scopi e delle modalità del servizio di supporto psicologico interno all'Istituto

AUTORIZZANO NON AUTORIZZANO

La Dott.ssa Antonella D'Ambrosio, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia (n° 16331), ad effettuare delle osservazioni sulla classe frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza, dando atto del fatto che la prestazione verrà effettuata nel rispetto degli articoli 15-16-17 del Codice Deontologico degli Psicologi, che consentono allo specialista di condividere con la scuola, in forma orale o telematica, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Luogo e Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____