



## Istituto d'Istruzione Superiore Faicchio con sede coordinata di Castelvenere

Istituto Tecnico per il Turismo

Istituto Professionale Servizi Socio Sanitari – Odontotecnico

Istituto Professionale Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera

Corso Serale IPSEOA Castelvenere

Corso Serale Servizi Socio- Sanitari Faicchio

Faicchio: Via Raffaele Delcogliano e Aldo Iermano cap. 82030 tel. +39 0824863478

Castelvenere: Piazza dei Caduti, cap. 82037 tel. +39 0824940154

Codice fiscale: 90003320620 - Codice meccanografico: BNIS02300V - Codice unico di fatturazione (CUF): UFQEG8

Email: [bnis02300v@istruzione.it](mailto:bnis02300v@istruzione.it) - Posta elettronica certificata (PEC): [bnis02300v@pec.istruzione.it](mailto:bnis02300v@pec.istruzione.it)

<https://www.iisfaicchio-castelvenere.edu.it>

## LIBERATORIA SPORTELLO ASCOLTO

### PREMESSA

In riferimento al progetto "Sportello d'ascolto" che coinvolgerà gli/le studenti/esse dell'IIS FAICCHIO-CASTELVENERE si informa che:

- la prestazione che verrà offerta ai fruitori di questo sportello d'ascolto è una consulenza finalizzata al benessere dello/a studente/essa nella scuola, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti personali e relazionali e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- il numero degli incontri (in modalità in presenza) con gli utenti che lo richiedono potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 6 (salvo particolari necessità);
- il/la docente è strettamente tenuto/a al segreto professionale;
- il/la docente può derogare da questo obbligo su eventuale richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

In allegato potete trovare il modulo per il consenso che va compilato e consegnato al/alla docente prima o in occasione del primo incontro.

## MODULO DI CONSENSO

(Da restituire compilato e firmato nelle mani del/della docente)

Avendo letto e compreso l'informativa allegata per il servizio dello sportello d'ascolto fornito dall'IIS Faicchio-Castelvenere,

I sottoscritti genitori/esercanti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a:

nome dello/a studente/essa \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

acconsentiamo alla partecipazione di nostro figlio al servizio fornito dallo sportello ascolto.

\*Nome e cognome del genitore 1 (in stampatello): \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\*Nome e cognome del genitore 2 (in stampatello): \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, il consenso alla partecipazione all'indagine, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa. Infatti laddove per la gestione di pratiche amministrative o didattiche concernenti l'alunno risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile, il genitore che firma deve effettuare anche la seguente dichiarazione:

*"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".*

Nome e cognome del genitore (in stampatello): \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi del Regolamento UE  
2016/679 e D.Lgs. 101/2018)

I dati saranno trattati e gestiti secondo tutti i principi di legge e nel rispetto di quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali. Il trattamento di tutti i dati verrà effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato dell'interessato/a al fine di svolgere l'attività prevista.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, avendo ricevuto apposita informativa e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità dello Sportello, esprime/ono il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

FORNISCE/ONO IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_