

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO  
(maggioresni)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

DICHIARA

- di essere a conoscenza che attraverso lo Sportello di ascolto, che si svolge presso l'IIS Faicchio-Castelvenere, verrà offerta una consulenza finalizzata al benessere dello/a studente/essa nella scuola, al sostegno della crescita e della maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e al potenziamento delle capacità interpersonali con i coetanei, la scuola e la famiglia;

- di essere a conoscenza che lo Sportello di ascolto si avvale del colloquio individuale come strumento principale di conoscenza dell'individuo e che il percorso offerto prevede fino a un massimo di sei incontri (salvo particolari necessità);

- di essere a conoscenza che la prestazione offerta verrà effettuata nel pieno rispetto delle norme contenute nel Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs n. 196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018 in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016).

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 il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

FORNISCE IL CONSENSO

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

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_