**Alla Dott.ssa Orietta Forte**

**Oggetto: richiesta e autorizzazione per la consulenza "Spazio Ascolto" a distanza PER GENITORE e PER DOCENTE**

Da inviare a: spazioascolto@ic7vicenza.edu.it

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a ..... il .....

in qualità di:

- ☐ Docente
- ☐ Personale ATA
- ☐ Genitore dell'alunno/a .....

  frequentante la classe ..... della Scuola .....

**chiede un incontro** on line (o telefonico) ed esprime il consenso al trattamento dei dati come descritto ai sensi dell'art.13 del D.lgs.196/03 (Codice Privacy) dal Regolamento Ministeriale n. 305 del 7/12/2006 e dal Regolamento europeo 2016/679 (General Data Protection Regulation- GDPR).

I colloqui avverranno on line, attraverso l'uso della piattaforma Microsoft Teams, e non potranno in alcun modo essere registrati e/o divulgati, attenendosi alla regolamentazione della privacy personale e in riferimento all'uso improprio del dispositivo tecnologico.

Il rapporto di consulenza è confidenziale e s'inserisce nelle regolamentazioni del codice deontologico dell'Ordine degli Psicologi.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto l'Informativa per il trattamento dei dati personali Forte Orietta e di prestare il consenso al trattamento.

Si allega copia del documento d'identità (di uno o entrambi i genitori se a chiedere l'incontro sono entrambi)

**Letto e accettato**

DATA .....

FIRMA .....

FIRMA .....

(del secondo genitore se a chiedere l'incontro sono entrambi)