**SPORTELLO PSICOLOGICO – Liceo Classico Statale "GIUSEPPE PARINI" - Milano**

MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI E PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'EVENTUALE ACCESSO AL SERVIZIO DEGLI STUDENTI MINORENNI

Durante l'anno scolastico 2026/2027 sarà presente presso il Liceo classico statale "G.Parini" lo **sportello d'ascolto** realizzato in collaborazione con la cooperativa sociale "Metamorfosi". Gli studenti che lo desiderano o ne sentono la necessità potranno usufruirne di persona, o se strettamente necessario online, in modo spontaneo e riservato. I colloqui non hanno finalità terapeutiche, ma sono un'occasione per esprimere, chiarire e approfondire interrogativi e difficoltà eventualmente incontrate nel corso del proprio percorso scolastico e personale.

**Per fissare un appuntamento contattare la psicologa dott.ssa Carolina Marchetti scrivendo un messaggio whatsapp al numero 3701120012 oppure una mail all'indirizzo carolina.marchetti@coopmetamorfosi.it**

L'accesso allo sportello per gli studenti minorenni è possibile previa autorizzazione di **entrambi** i genitori (o di chi esercita per legge la responsabilità genitoriale/tutoria). *Viene richiesto il numero di telefono e/o mail del minore per poter ricontattare lo studente in caso di chiusura della scuola o eventuali altre necessità*:

IO SOTTOSCRITTA/O……NATO A ……..…IL……..

RESIDENTE A ……..……INDIRIZZO ……..……..

IO SOTTOSCRITTA/O……NATA A ……..…IL……..

RESIDENTE A ……..……INDIRIZZO ……..……..

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 101/2018 dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della responsabilità genitoriale/tutoria nei confronti del

**MINORE**:

COGNOME E NOME ……..……NATO A……..IL……..

CLASSE……CELLULARE……MAIL……..

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

- l'eventuale accesso spontaneo allo spazio di ascolto psicologico da parte del figlio minore per i colloqui di consulenza psicologica breve.
- la raccolta dei dati necessari allo svolgimento delle prestazioni
- l'utilizzo dei dati esclusivamente nell'ambito e con le modalità indicate dall'informativa

**Firma 1**……..……..

**Firma 2**……..……..

Data……..

Via Alessi 10 20123 Milano
02 58115103
info@coopmetamorfosi.it
www.coopmetamorfosi.it
CF/PI 04725050969 - REA MI 1767854 - PEC cooperativametamorfosi@pec.it

**INFORMATIVA ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 101/2018**

Gentile Signore/Gentile Signora,

desideriamo informarLa che il Regolamento europeo 2016/679 GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. La cooperativa sociale Metamorfosi tratta i dati raccolti con il presente consenso come segue.

## FINALITA' DEL TRATTAMENTO:

La informiamo che i dati personali e sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini della tutela della salute. Tutti i dati forniti sono direttamente ed esclusivamente connessi allo svolgimento dell'attività dello Sportello Psicologico, nonché necessari per la sua fruibilità.

## MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali, cioè qualsiasi operazione eseguita sui dati dal momento della loro raccolta al momento della loro distruzione, potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti informatici, per un periodo di tempo non superiore a cinque anni.
Il trattamento dei dati viene effettuato nel rispetto delle norme vigenti. I dati sensibili sono protetti dal segreto professionale (articoli 11, 12, 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani).
I dati raccolti sono indispensabili all'erogazione del servizio, il genitore può richiedere la modifica dei dati anagrafici; la richiesta di cancellazione implica l'interruzione del servizio.

## AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE

La Cooperativa sociale Metamorfosi potrebbe dover rendere accessibili i dati sensibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, nonché a terzi qualificati solo sulla base di precisi doveri di legge.

## TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è la Cooperativa sociale Metamorfosi.

**Firma 1**.....

**Firma 2**.....

Data.....

**INVIARE IL CONSENSO FRONTE/RETRO COMPILATO all'indirizzo mail carolina.marchetti@coopmetamorfosi.it**