



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "G.A. REMONDINI"**  
TECNICO PER IL TURISMO, LE BIOTECNOLOGIE SANITARIE E LA LOGISTICA  
PROFESSIONALE PER I SERVIZI COMMERCIALI E SOCIO-SANITARI  
Via Travettore, 33 – 36061 Bassano del Grappa (VI)  
Codice Ministeriale VIIS01700L- Codice Fiscale 82002510244



e-mail: [viis01700l@istruzione.it](mailto:viis01700l@istruzione.it) – pec [viis01700l@pec.istruzione.it](mailto:viis01700l@pec.istruzione.it) Tel. 0424 523592/228672 - [www.remondini.net](http://www.remondini.net)

## **CONSENSO PSICOLOGO COLLOQUI INDIVIDUALI**

La sottoscritta Dott.ssa Paola Castellan, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 7779, [paola.castellan@remondini.net](mailto:paola.castellan@remondini.net) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto di Istruzione Superiore "G.A. Remondini" di Bassano del Grappa (VI) fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'Istituto di Istruzione Superiore "G.A. Remondini" di Bassano del Grappa (VI)
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) tipologia d'intervento: colloquio di sostegno e di orientamento
  - b) modalità organizzative: il colloquio verrà fissato previo appuntamento e solo dopo la firma di chi esercita la responsabilità genitoriale in caso di persone di minore età
  - c) scopi: consentire alla persona di trovare strategie utili al ritorno al proprio stato di benessere o trovare un nuovo orientamento rispetto alla problematica portata.
  - d) durata delle attività: massimo 5 colloqui di sostegno e orientamento.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [https://www.ordinepsicologiveneto.it/wp-content/uploads/2021/09/codice\\_deontologico-1.pdf](https://www.ordinepsicologiveneto.it/wp-content/uploads/2021/09/codice_deontologico-1.pdf)
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

***Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.***

La Professionista ..... *Paola Castellan*



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "G.A. REMONDINI"**  
TECNICO PER IL TURISMO, LE BIOTECNOLOGIE SANITARIE E LA LOGISTICA  
PROFESSIONALE PER I SERVIZI COMMERCIALI E SOCIO-SANITARI  
Via Travettore, 33 – 36061 Bassano del Grappa (VI)  
Codice Ministeriale VIIS01700L- Codice Fiscale 82002510244



e-mail: [viis01700l@istruzione.it](mailto:viis01700l@istruzione.it) – pec [viis01700l@pec.istruzione.it](mailto:viis01700l@pec.istruzione.it) Tel. 0424 523592/228672 - [www.remondini.net](http://www.remondini.net)

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

### **MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente/Il genitore \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Paola Castellan presso lo Sportello di ascolto o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

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

Firma \_\_\_\_\_

### **MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_, madre del minore \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Paola Castellan presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_, padre del minore \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Paola Castellan presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "G.A. REMONDINI"**  
TECNICO PER IL TURISMO, LE BIOTECNOLOGIE SANITARIE E LA LOGISTICA  
PROFESSIONALE PER I SERVIZI COMMERCIALI E SOCIO-SANITARI  
Via Travettore, 33 – 36061 Bassano del Grappa (VI)  
Codice Ministeriale VIIS01700L- Codice Fiscale 82002510244



e-mail: [viis01700l@istruzione.it](mailto:viis01700l@istruzione.it) – pec [viis01700l@pec.istruzione.it](mailto:viis01700l@pec.istruzione.it) Tel. 0424 523592/228672 - [www.remondini.net](http://www.remondini.net)

### **PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Tutore del minore \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ in ragione di  
\_\_\_\_\_ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e  
particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore  
possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Paola Castellan presso lo Sportello di ascolto.  
  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_

Acquisite le informazioni di cui all'informativa sul trattamento dei dati (art. 13 GDPR, pubblicata integralmente sul sito web della scuola e/o reperibile in segreteria nonché allegata in forma sintetica alla presente) di cui è stata presa visione.

#### Informativa semplificata

L'interessato dichiara di essere informato che il titolare del trattamento, e i dipendenti autorizzati, trattano i dati personali per **adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare e/o per l'esecuzione dei propri compiti e/o perché l'interessato ha espresso il proprio consenso per una o più specifiche attività (art. 6 GDPR)**. I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato e/o presso altri enti pubblici. Il trattamento è effettuato secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza nei confronti dell'interessato e trattati compatibilmente con le finalità del trattamento. I dati sono adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità ed eventuali loro comunicazioni sono effettuate dal titolare per i soli dati consentiti e per le sole finalità istituzionali obbligatorie; sono conservati per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati (art. 5 GDPR). L'interessato può esercitare i propri diritti (artt. da 15 a 22 del GDPR) nelle modalità previste, direttamente presso il Titolare e i suoi uffici a ciò preposti. **Il titolare adotta misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio (art.32 GDPR)**. Sul sito web della scuola è reperibile l'informativa integrale, di cui l'interessato può prendere visione.

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI ANCHE PARTICOLARI.**

(ai sensi degli artt. 6/7/9 del Regolamento UE 679/16)

Il Titolare del trattamento, rappresentato legalmente dal Dirigente Scolastico, ai sensi degli artt. 6,7,9 del Regolamento chiede il consenso al trattamento di dati comuni ed eventualmente di categorie particolari dati per specifiche finalità, per lo svolgimento di funzioni e attività previste dall'istituto scolastico e/o richieste dall'interessato, quando queste non rappresentino un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento e per le quali il consenso dell'interessato è condizione di liceità.



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "G.A. REMONDINI"**  
TECNICO PER IL TURISMO, LE BIOTECNOLOGIE SANITARIE E LA LOGISTICA  
PROFESSIONALE PER I SERVIZI COMMERCIALI E SOCIO-SANITARI  
Via Travettore, 33 – 36061 Bassano del Grappa (VI)  
Codice Ministeriale VIIS01700L- Codice Fiscale 82002510244



e-mail: [viis01700l@istruzione.it](mailto:viis01700l@istruzione.it) – pec [viis01700l@pec.istruzione.it](mailto:viis01700l@pec.istruzione.it) Tel. 0424 523592/228672 - [www.remondini.net](http://www.remondini.net)

#### FINALITA'

Il presente modello è finalizzato all'acquisizione del consenso al trattamento dati nell'ambito della seguente attività: "Attività di supporto psicologico" messa a disposizione dal titolare del trattamento, avvalendosi di figure professionali esterne specificamente incaricate e autorizzate. Il servizio potrebbe articolarsi in colloqui individuali ed in momenti rivolti al gruppo classe.

I dati saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di attività e adempimenti connessi alla finalità e al servizio erogato, da personale autorizzato ed eventualmente comunicati esclusivamente ad enti e autorità in ragione della tutela degli interessi e dei diritti degli interessati.

Esprimono il proprio consenso al trattamento dei dati comuni e delle categorie particolari di dati dell'alunno di cui sopra, nelle modalità e forme previste, funzionale al perseguimento delle finalità e secondo quanto specificato in premessa, per tutelare gli interessi e garantire i diritti dell'interessato.

MAGGIORENNI: Firma \_\_\_\_\_

MINORENNI: Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma del tutore \_\_\_\_\_