**OGGETTO: DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO IN RELAZIONE AI TRATTAMENTI DI DATI PERSONALI CORRELATI ALLA POTENZIALE PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO “SPORTELLO S.O.S. STUDENTI” – RESPONSABILE DOTT. ALESSANDRO ROSSI – PRENOTAZIONI APPUNTAMENTI TRAMITE ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE “A. VOLTA” PAVIA**

**STUDENTI MAGGIORENNI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificato mediante documento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

di partecipare alle attività dello Sportello d’Ascolto Scolastico istituito presso l’I.I.S. “Alessandro Volta” di Pavia, consapevole che lo psicologo dott. Rossi Alessandro deve attenersi, nella sua pratica professionale, al segreto professionale e alla normativa sulla privacy e informato sulle tipologie di intervento e sulle finalità del Progetto di ascolto psicologico organizzato dalla scuola. Il sottoscritto, per l’effetto, barrando l’apposita casella autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi degli artt. 6 e 7 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e, nello specifico, la comunicazione dei miei dati identificativi da parte di questo Istituto allo psicologo sopra indicato, al solo fine della prenotazione dell’appuntamento

□ ESPRIMO IL MIO CONSENSO | □ **NON** ACCONSENTO

Sono inoltre consapevole del diritto di revocare il mio consenso in qualsiasi momento; la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Il consenso (base giuridica per questa finalità di trattamento dati) è facoltativo; una eventuale mancata manifestazione del consenso non pregiudica in alcun modo l’ordinaria fruizione delle attività didattiche. Potrò esercitare i diritti previsti dal succitato Regolamento e dichiaro di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati personali di questo istituto pubblicata sul sito web della scuola [www.istitutovoltapavia.edu.it](http://www.istitutovoltapavia.edu.it) , sezione PRIVACY Informativa resa agli studenti maggiorenni/ maturandi / iscritti ai corsi serali qui integralmente richiamata e integrata, per la specifica finalità correlata all’accesso allo Sportello psicologico, anche dalla comunicazione relativa allo “Sportello S.O.S. studenti” e alle modalità di accesso al medesimo da parte degli studenti, esclusivamente per il tramite dell’Istituto.

FIRMA DELLO STUDENTE MAGGIORENNE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_