

CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018

OSSERVAZIONE DI CLASSE/SEZIONE

I sottoscritti

COGNOME E NOME GENITORE 1 _____

Nato a _____ (____) il _____ residente a _____ (____)

Via/Piazza _____ Telefono _____

COGNOME E NOME GENITORE 2 _____

Nato a _____ (____) il _____ residente a _____ (____)

Via/Piazza _____ Telefono _____

vengono informati sulle attività e finalità dello Servizio di supporto Psicologico istituito presso l'I.C. Ottone Rosai, rivolto ad alunni, genitori e docenti. Il suddetto servizio, curato dal **Dott. Alessio Francalanci, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Toscana con n. 4315** consiste in:

- osservazione in classe relativamente a: dinamiche di gruppo, situazioni comportamentali, difficoltà di concentrazione e di apprendimento, supporto al metodo di studio, consulenza e supporto ai docenti per lo sviluppo di strategie educative efficaci.

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____

che frequenta la classe _____ sez _____ scuola _____

informati degli scopi e delle modalità del servizio di supporto psicologico interno all'Istituto

☐ AUTORIZZANO ☐ NON AUTORIZZANO

Il Dott. Alessio Francalanci, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Toscana (n° 4315), ad effettuare delle osservazioni sulla classe frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza, dando atto del fatto che la prestazione verrà effettuata nel rispetto degli **articoli 15-16-17 del Codice Deontologico degli Psicologi**, che consentono allo specialista di condividere con la scuola, in forma orale o telematica, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico.

☐ AUTORIZZANO ☐ NON AUTORIZZANO

Il Dott. Alessio Francalanci, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Toscana (n° 4315), qualora lo ritenesse necessario, a condividere con gli insegnanti e con la scuola, i contenuti dell'osservazione effettuata e le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori/esercenti la potestà genitoriale e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Luogo e Data, _____

firma del GENITORE 1 _____

firma del GENITORE 2 _____