



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo via N.M. NICOLAI
SEDE CENTRALE: Via Nicola Maria Nicolai, 85 – 00156 Roma
☐06.41220371 - Distretto 13°
Cod. meccanografico: RMC8ER00B ☐ E-Mail: rmic8er00b@istruzione.it

CONSENSO E LIBERATORIA PER I SERVIZI EROGATI NELL'AMBITO DEL PROGETTO:
Determinazione Regione Lazio G00759 del 24/01/2023

<https://sicer.regione.lazio.it/sigem-gestione-21-27/progetti/40884>

I sottoscritti

dott.ssa Barbara Di Porto, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.9056, con studio in Largo Luigi Antonelli 14, email: bdiporto@libero.it - barbaradiporto@psypec.it

dott. Ruggiero Daniele Russo, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.12386, con studio in via Olindo Malagodi n.35, email: russo.ruggiero@hotmail.it - russo.ruggiero@psypec.it

I sottoscritti Dott.sa Barbara Di Porto e Ruggiero Daniele Russo dichiarano di essere assicurati per RC professionale con polizza CAMPI Cassa di assistenza mutua per gli psicologi italiani.

Prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore:

UTILIZZARE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

Nome.....
nat. a..... il / / e residente a.....
in via/piazza..... n.....

PERSONE SOTTO TUTELA

Nome.....
nat... a il / /
_____ e residente a
.....

Forniscono le seguenti informazioni.

La completa normativa sulla gestione dei dati sensibili e la privacy è pubblicata sul sito della scuola.

Gli interventi saranno attivati nella sede della scuola, Istituto Comprensivo Nicolai, durante l'orario scolastico, negli anni scolastici 2023-2024/2024-2025, nell'ambito del progetto <https://sicer.regione.lazio.it/sigem-gestione-21-27/progetti/40884> - Determinazione Regione Lazio G00759 del 24/01/2023.

Segnare una o entrambe le scelte

- Accetto che mio figlio/a partecipi allo "SPORTELLINO DI ASCOLTO INDIVIDUALE" (classi IV – V scuola primaria e classi I – II – III scuola sec. primo grado).
- Accetto che mio figlio/a partecipi alle attività "LABORATORI NELLE CLASSI" (tutte le classi della scuola primaria e secondaria di primo grado).

RIEMPIRE GLI SPAZI SEGUENTI



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo via N.M. NICOLAI
SEDE CENTRALE: Via Nicola Maria Nicolai, 85 – 00156 Roma
☐06.41220371 - Distretto 13°

Cod. meccanografico: RMIC8ER00B ☐ E-Mail: rmic8er00b@istruzione.it

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
nata il ____ / ____ / ____

e residente a.....

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto esplicitato nell'informativa Privacy ai genitori pubblicata dalla Dirigente scolastica sul SITO della scuola e sul Registro Elettronico e illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avalersi delle prestazioni professionali della/del dott.ssa Barbara Di Porto

dott. Ruggiero Daniele Russo

come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....

nato a il ____ / ____ / ____

e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Barbara Di Porto come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del padre



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo via N.M. NICOLAI

SEDE CENTRALE: Via Nicola Maria Nicolai, 85 – 00156 Roma
☐06.41220371 - Distretto 13°

Cod. meccanografico: RMIC8ER00B ☐ E-Mail: rmic8er00b@istruzione.it

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra /IISig.....nata/o a..... il / /

Tutore del... Sig. in ragione di (indicare provvedimento,

Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.sa Barbara Di Porto come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data Firma del tutore