



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. CIMA"

P.ZZA DE GASPERI, 2 - 09040 GUASILA (CA) - C.F. 92104990921 - C.M. CAIC82800C

Tel. 070/986015 - sito internet: www.comprensivoguasila.it e-mail:

caic82800c@istruzione.it; caic82800c@pec.istruzione.it

OGGETTO: LIBERATORIA GENITORI ALUNNI – PROGETTO ISCOLA LINEA ASCOLTOeSUPPORTO 21-22

Gentile Signora, Gentile Signore,

desideriamo informarVi che da questo mese l'Istituto Comprensivo Statale "Gaetano Cima" promuoverà, come già fatto nelle precedenti annualità, la realizzazione del progetto "(Si Torna) Tutti a Iscol@" – Linea AscoltoeSupporto – A.S. 2021-2022, con la collaborazione di 2 psicologhe che forniranno agli alunni, ai docenti e alle famiglie, un supporto in una realtà complessa quale è oggi la scuola.

Con la presente, chiediamo gentilmente la compilazione della liberatoria e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali, senza le quali non sarebbe possibile l'espletamento del suddetto servizio con gli studenti in quanto minori.

Il servizio è a disposizione anche per i genitori.

La dott.ssa Valeria Pitzalis può essere contattata al numero 338 8922376.

La dott.ssa Daniela Onnis può essere contattata al numero 349 8503518.

Certi che il miglioramento della qualità della vita scolastica possa esprimersi e potenziarsi anche attraverso la Vostra disponibilità, partecipazione ed entusiasmo per tali iniziative, vi ringraziamo anticipatamente.

LIBERATORIA

Dati Personali del minore (di seguito "il Minore")

Nome _____ Cognome _____ nato a _____, il _____
residente a _____ in via _____ Sesso: I M I F

Dati Personali del maggiorenne in qualità di **Genitore I Tutore**

Nome _____ Cognome _____
nato a _____, il _____, residente a _____, in
via _____ Sesso: I M I F

Con la sottoscrizione del presente documento i sottoscritti e nella qualità di esercenti la potestà sul Minore....., autorizzano, anche ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.), le attività di sportello di ascolto, di screening e di supporto individualizzato relative al progetto di promozione del benessere scolastico.

Data _____

Firma della mamma _____

Firma del papà _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente autorizzo la scuola al trattamento dei miei dati personali e del Minore.

Prendo atto che il rifiuto del consenso al trattamento dei miei dati personali e dei dati del Minore come sopra, comporta l'impossibilità, da parte dei Responsabili, di svolgere le proprie attività in relazione al progetto "Sportello D'Ascolto" o attività individuali con il minore. Il minore potrà comunque partecipare alle attività con la classe.

Per i dati del Minore Firma di entrambi i genitori _____