



DIREZIONE DIDATTICA STATALE 3° CIRCOLO

“*Madre Teresa di Calcutta*”

Cod. Fisc. 93007720639 – Cod. Scuola NAEE32300A – Codice Univoco Uff. UFDMMFG

PROGETTO “BULLISMO E CYBERBULLISMO” CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____ Nato a _____
_____ (_____) il _____ e residente a _____
_____, Via/piazza _____ Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____ Nata a _____
_____ (_____) il _____ e residente a _____
_____, Via/piazza _____ Telefono _____

vengono informati sulla lezione tenuta dal dott. Matteo Sabatino **individuato come esperto esterno ed operante all'interno dello sportello d'ascolto tenuto presso il nostro istituto “3° circolo didattico Madre Teresa di Calcutta” (ai sensi del prot n.660/ VI.2), rivolto ad alunni e docenti.** La suddetta lezione **curata dal Dott. Matteo Sabatino**, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania con n. 7678 metterà al centro della discussione con i bambini i seguenti temi: **bullo, vittima ed osservatori come prevenire ed utilizzare strategie di intervento efficaci a scuola.**

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____ che frequenta la classe _____ sez ____ informati degli scopi e delle modalità del servizio di supporto psicologico interno all'Istituto

AUTORIZZANO **NON AUTORIZZANO**

Il Dott. Matteo Sabatino, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Campania (n° 7678), 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. Matteo Sabatino, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Campania (n° 7678), 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 e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.**

Luogo e Data, _____

firma del padre _____ firma della madre _____