

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO CLASSICO e MUSICALE
“ANNIBALE MARIOTTI”

Oggetto: **Autorizzazione studente minorenni per richiesta sportello SUPPORTO PSICOLOGICO**

I sottoscritti.....

genitori dello/a studente/ssa.....

frequentante la classe.....

A U T O R I Z Z A N O

il/la proprio/a figlio/a minorenni ad accedere al servizio di sportello SUPPORTO PSICOLOGICO, spazio di ascolto rivolto a studenti, famiglie e personale scolastico, istituito grazie al protocollo di intesa tra Ministero dell’Istruzione e C.N.O.P. (Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi), a partire dalla data odierna.

I dati verranno trattati nel rispetto della normativa in materia di privacy ed esclusivamente per la suddetta finalità. E’ possibile far valere i diritti dell’interessato previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 2016/679: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione..

Il trattamento dei dati personali avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle adeguate misure tecniche ed organizzative per garantire un livello di sicurezza dei dati personali adeguato al rischio come previsto dalla normativa del Regolamento UE 2016/679 (art. 32).

Data.....

Firma del genitore/tutore.....

Firma del genitore/tutore.....

Allegati:
copie dei documenti dei genitori