



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SENORBI' (CAIC83000C)**

Via Campiooi,16 - Senorbì - ☎ **070/9808786** - C.F. **92105000928**

caic83000c@istruzione.it - caic83000c@pec.istruzione.it

Scuola Infanzia Senorbì **CAAA830019** - Barrali **CAAA83003B** - San Basilio **CAAA83004C** - Suelli **CAAA83005D**

Scuola Primaria Senorbì **CAEE83001E** - Suelli **CAEE83002G** - Barrali **CAEE83003L** - San Basilio **CAEE83004N**

Secondaria I grado Senorbì - **CAMM83001D** - Suelli **CAMM83002E** - Barrali **CAMM83003G** - San Basilio **CAMM83004L**

Gentile Genitore,

dal mese di aprile cominceranno nel nostro Istituto gli interventi relativi all'attivazione di servizi di supporto ed assistenza psicologica nelle scuole ex art. 1, comma 697, L. n. 234/2021 e al progetto "(Si torna) Tutti a Iscola-Linea Ascolto e Supporto", attraverso la collaborazione di due esperti che si occuperanno di organizzare il servizio con l'avvio delle attività indicate nella circolare, e in particolare:

- sportello d'ascolto rivolto agli alunni delle scuole secondarie (solo dietro liberatoria), ai docenti e ai genitori che ne facciano richiesta;
- attività di integrazione in classe per agevolare l'apprendimento, la motivazione allo studio e le relazioni tra i compagni.
- attività di screening

Si richiede 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 alunni, in quanto minori.

Nella certezza di una condivisa considerazione dell'importanza delle attività, si rinnova la richiesta di adesione all'iniziativa in oggetto, in atto già da alcuni anni presso l'Istituto.

Cordiali Saluti

Il Dirigente Scolastico
Isotta Milia

DATA: _____

LIBERATORIA

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

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

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

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

Con la sottoscrizione del presente documento i sottoscritti e
..... nella qualità di esercenti la potestà sul
Minore....., autorizzano, anche ai sensi e per gli effetti del D. lgs 196/06, le attività
relative al supporto ed assistenza psicologica nelle scuole ex art. 1, comma 697, L. n. 234/2021 e al progetto "(Si torna) Tutti
a Iscola- Linea Ascolto e Supporto".

Data _____ Firma _____
Firma _____

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 e/o screening con il minore. Il minore potrà comunque partecipare alle attività con la classe.

Per i dati del Minore Firma _____
Firma _____