



Ministero dell' Istruzione
Istituto Comprensivo "Don Alfonso De Caro"
Via Don Alfonso De Caro 84084 Lancusi di Fisciano (SA)
C.M. SAIC89200E C.F. 80023790654
☎ 089 878763 - 878046
e-mail saic89200e@istruzione.it - saic89200e@pec.istruzione.it
sito web: www.icfiscianolancusi.edu.it



Allegato 1

Al Dirigente scolastico
IC Don A. DE CARO

Richiesta del servizio di supporto psicologico per docenti, ATA e genitori.

Il sottoscritto _____, nata/o il ___/___/___ a
_____ e residente in _____, via
_____, C.F. _____

Docente/ATA/ genitore (eliminare la voce che non interessa)

chiede

di poter usufruire del servizio di sportello di ascolto e supporto psicologico, in orario da concordare con la scuola.

Si allega copia di un documento di identità.

Fisciano-Lancusi, _____

Firma

**CONSENSO PARTECIPAZIONE Progetto "SPORTELLO ASCOLTO" -
PERSONALE DOCENTE - ATA - GENITORE**

Il/ La sottoscritto/a _____,
nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____

Via _____ prov. _____

e-mail _____ tel. _____

docente di _____

personale ATA (specificare DSGA-AA-CS): _____

in servizio presso l'Istituto Comprensivo " Don Alfonso De Caro" Fisciano – Lancusi

Genitore dell'alunno _____ nato a _____

il _____ frequentante la classe _____ Sez. _____

della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/ Secondaria di I grado

Con la sottoscrizione della presente dichiara:

di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020/2021,
nell'ambito del Progetto **"SPORTELLO ASCOLTO" PER ALUNNI, FAMIGLIE E PERSONALE**

- di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali
- di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto;

esprime il consenso a partecipare alle attività programmate all'interno del Progetto **"SPORTELLO ASCOLTO" PER ALUNNI, FAMIGLIE E PERSONALE**

Luogo, _____ Data _____

Firma del docente/ATA/ genitore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Luogo, _____ Data _____

Firma del docente/ATA/ genitore
