

## **PRESA VISIONE INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I sottoscritti genitori (padre) \_\_\_\_\_ (madre) \_\_\_\_\_ dell'alunno (o in caso di alunno maggiorenne) il sottoscritto \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto Liceo Torricelli-Ballardini, avendo acquisito le informazioni fornite dal Titolare ai sensi degli Artt. 13-14 del GDPR, prende visione e presta il consenso al trattamento dei dati per i fini indicati nella suddetta informativa.

*Consapevoli della natura facoltativa della presente liberatoria e del fatto che l'eventuale diniego comporterà unicamente il non utilizzo dell'immagine, senza pregiudizio alcuno per il percorso formativo del/ la proprio/ a figlio/ a, concedono il pieno assenso a che l'immagine del/ la proprio/ a figlio/ a vengano dalla scuola, anche mediante terzi autorizzati, liberamente utilizzati per un'attività legata ai progetti, ragazzi verranno fotografati e ripresi durante le varie attività e le foto e i video saranno inserite all'interno di video-rappresentazioni che saranno poi pubblicate sul sito istituzionale dell'Istituto (<https://www.liceotorricelli-ballardini.edu.it/>), articoli, locandine, giornali, brochure ecc.*

*Nel rispetto della normativa vigente in materia di trattamento e protezione dei dati personali (D.Lgs.196/2003 e Reg.UE 679/2016) si ribadisce che le immagini saranno utilizzate esclusivamente a scopo didattico e di ricerca e studio e che le stesse non saranno utilizzate in contesti che pregiudichino la dignità personale e il decoro dell'alunno. Rimane sempre valida la possibilità di esercitare i diritti relativi al loro utilizzo secondo gli artt.15-22 del Regolamento UE 679/2016*

- Autorizzo, a titolo gratuito, l'Istituto all'uso delle immagini/ video così come specificato*
- Non Autorizzo, a titolo gratuito, l'Istituto all'uso delle immagini/ video così come specificato*

In assenza di specifica indicazione l'Istituto si riterrà autorizzato (*silenzio-assenso*).

*Luogo e data*

*Firma dei Genitori (se studente minorenni) o dello Studente (se maggiorenne)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Autorizzo l'Istituto ad inviare le certificazioni mediche consegnategli per il completamento delle pratiche di assicurazioni infortuni e R.C.*
- Non Autorizzo l'Istituto ad inviare le certificazioni mediche in quanto provvederà in proprio al completamento delle pratiche di assicurazioni infortuni e R.C.*

In assenza di specifica indicazione l'Istituto si riterrà autorizzato (*silenzio-assenso*).

*Luogo e data*

*Firma dei Genitori (se studente minorenni) o dello Studente (se maggiorenne)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- *Autorizzo l'Istituto ad inviare le documentazioni (dati identificativi, certificazioni sanitarie, P.E.I., ecc.) ad altre istituzioni scolastiche nell'eventuale caso di trasferimento o ad Esperti esterni che saranno nominati come Responsabili del trattamento.*
- *Non Autorizzo l'Istituto ad inviare tutte le documentazioni (certificazioni sanitarie, P.E.I., ecc.) ad altre istituzioni scolastiche nell'eventuale caso di trasferimento.*

In assenza di specifica indicazione l'Istituto non si riterrà autorizzato (*silenzio - diniego*)

*Luogo e data*

*Firma dei Genitori (se studente minorenni) o dello Studente (se maggiorenne)*

---

---

---

- *Autorizzo l'Istituto ad associare all'alunno e genitori il codice fiscale per usufruire del servizio "PAGO ONLINE"*
- *Non Autorizzo l'Istituto ad associare all'alunno e genitori il codice fiscale per usufruire del servizio "PAGO ONLINE"*

In assenza di specifica indicazione l'Istituto non si riterrà autorizzato (*silenzio - diniego*)

*Luogo e data*

*Firma dei Genitori (se studente minorenni) o dello Studente (se maggiorenne)*

---

---

---

- *Autorizzo la partecipare a tutte le uscite sul territorio (Provincia di Ravenna), e agli spostamenti necessari a raggiungere le strutture sportive esterne a disposizione del Liceo.*
- *Non Autorizzo la partecipare a tutte le uscite sul territorio (Provincia di Ravenna), e agli spostamenti necessari a raggiungere le strutture sportive esterne a disposizione del Liceo.*

In assenza di specifica indicazione l'Istituto non si riterrà autorizzato (*silenzio - diniego*)

*Luogo e data*

*Firma dei Genitori (se studente minorenni) o dello Studente (se maggiorenne)*

---

---

---

*Consenso informato per interventi con minori la prestazione che ci si appresta ad erogare consiste nell'attivazione di un servizio di consulenza e supporto psicologico rivolto agli studenti del Liceo Torricelli-Ballardini ed è finalizzata a: rilevare eventuali segnali di disagio psicofisico ed emotivo manifestati dagli studenti, promuovere il benessere psicofisico dei minori, favorire l'inclusione scolastica, promuovere attività di prevenzione e informazione riguardo la salute psichica ed emotiva, offrire uno spazio protetto all'interno del quale valutare, nel caso si rendesse necessario, l'ipotesi di seguire un percorso di sostegno psicologico maggiormente strutturato;*

*• a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno: il colloquio clinico, le attività di consulenza e informazione relative alla salute psicologica, attività di supporto psicologico,*

*• le prestazioni verranno rese presso i locali del Liceo Torricelli-Ballardini di Faenza;*

*• al suddetto servizio sarà possibile accedere esclusivamente su base volontaria, previo desiderio manifesto del minore;*

*• in qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;*

*• lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.*

*Autorizzò*

*Non Autorizzò*

In assenza di specifica indicazione l'Istituto non si riterrà autorizzato (*silenzio - diniego*)

*Luogo e data*

*Firma dei Genitori (se studente minorenni) o dello Studente (se maggiorenne)*

---

---

---