



Istituto Comprensivo PACCHIOTTI / REVEL

Via Ottavio Revel 8 – 10121 TORINO

TOIC8B500Q@ISTRUZIONE.IT

Tel. 011/533515 – 530543

Sito: www.icpacchiotti-viarevel.edu.it C.F.97845930011

I. C. PACCHIOTTI/REVEL

Le informative complete sono visionabili sul sito istituzionale www.icpacchiotti-viarevel.edu.it nella sezione Istituto GDPR Privacy o richiedibili in segreteria.

❖ Formula di acquisizione del consenso dell'interessato per il trattamento di foto e video

Data: Luogo:

Nome, Cognome studente:

.....

Nome, Cognome genitore o esercente potestà genitoriale:

.....

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679, (documento di informativa n. 17539.51.421688.1808357):

Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità facoltative sotto riportate?

1. **SÌ NO** Essere ripreso e/o fotografato durante la partecipazione alle attività curriculari, extracurriculari, artistiche, culturali e sportive interne ed esterne all'Istituto (per esempio foto di classe di fine anno)

Se sì,

presta il suo consenso alla diffusione dei suoi dati personali?

1. **SÌ NO** Creazione di supporti ad uso dell'utenza scolastica
2. **SÌ NO** Pubblicazione sul sito Istituzionale e pagina Facebook dell'Istituto
3. **SÌ NO** Stampa su giornali locali anche in formato elettronico

*** Se alunno minorenni firma dei genitori o esercente potestà genitoriale:**

.....

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del DPR n. 445 del 28/12/2000, che l'autorizzazione avviene con il consenso dell'altro genitore.

*** Firma del genitore** _____

❖ Formula di acquisizione del consenso dell'interessato per il trattamento di attività curriculari, extracurriculari, artistiche, culturali e sportive.

L'informativa completa è visionabile sul sito istituzionale www.icpacchiotti-viarevel.edu.it nella sezione Istituto GDPR Privacy o richiedibile in segreteria.

Data: Luogo:

Nome, Cognome studente:

.....

Nome, Cognome genitore o esercente potestà genitoriale:

.....

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679, (documento di informativa n. 17539.51.421686.1808358):

Presta il suo consenso alla comunicazione dei propri dati personali?

1. **SÌ NO** Entità pubbliche e private coinvolte nell'attività (per esempio partecipazione visite museali)

***Se alunno minorenni firma dei genitori o esercente potestà genitoriale:**

.....
.....

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del DPR n. 445 del 28/12/2000, che l'autorizzazione avviene con il consenso dell'altro genitore.

***Firma del genitore:**

Inoltre:

❖ **I GENITORI AUTORIZZANO**

Il proprio figlio/a a partecipare alle uscite che gli insegnanti riterranno necessarie da effettuare sul territorio in orario scolastico per il pieno svolgimento di attività programmate o nate dalle esigenze specifiche del momento.

***Firma dei genitori o esercente potestà genitoriale:**

.....
.....

❖ **Informativa per l'attività legata al Progetto "SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO"**

I sottoscritti.....e.....

genitori di della classe....., autorizzano la partecipazione del/la proprio/a figlio/a all'attività legata al **Progetto "Sportello d'ascolto psicologico"**, effettuato dalla psicologa presso la Scuola primaria dell'IC Pacchiotti- Via Revel" o mediante la piattaforma istituzionale Gsuite.

I genitori sono informati di quanto segue:

- l'intervento, che si pone l'obiettivo di agire in favore della **prevenzione del disagio giovanile a scuola**, prevede l'attivazione di uno **Sportello di Ascolto** per i bambini, i docenti e i genitori che ne facciano richiesta, (gli eventuali colloqui privati coi bambini richiederanno la presenza del genitore)
- qualora se ne verificasse la necessità, la classe di Vostro figlio potrebbe essere coinvolta in un intervento sulle modalità di relazione tra i compagni della classe,

- l'intervento è effettuato nel rispetto del "Codice deontologico degli psicologi italiani" che regola la loro attività,
- i dati, ivi compresi quelli sensibili, saranno trattati nel rispetto del Reg.to UE 2016/679 denominato GDPR, così come previsto dal regolamento scolastico.

Tutto ciò premesso, i genitori accettano di far partecipare il/la figlio/a alle attività legate al Progetto

***Firma dei genitori o esercente potestà genitoriale:**

.....

.....

Torino,

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Data : Luogo :

Se maggiorenne

Nome, Cognome:

Se minorenni

Nome, Cognome studente:

Nome, Cognome genitore o esercente potestà genitoriale:

Presta il tuo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità facoltative sotto riportate?

☐ SÌ ☐ NO Visione ed uso dei servizi aggiuntivi di Google Workspace for Education

Se alunno minorenne firma dei genitori o esercente potestà genitoriale:

.....

.....

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del DPR n. 445 del 28/12/2000, che l'autorizzazione avviene con il consenso dell'altro genitore.

Firma del genitore

L'interessato:

Ogni diversa volontà o revoca della presenti autorizzazioni non potrà che avvenire con la forma scritta tramite comunicazione presso la segreteria dell'Istituto.

Le presenti autorizzazioni hanno validità per tutto il periodo di frequenza della scuola primaria e potranno essere revocate con atto motivato qualora vengano meno le condizioni presupposte.

Allegare fotocopie documenti d'identità dei genitori o di chi ne fa le veci.