

PROGETTO #RESTIAMO A SCUOLA - IIS "CATULLO"

CONSENSO INFORMATO
PERCORSO DI MENTORING - STUDENTI MINORENNI

I Sottoscritti _____ e _____, genitori dell'alunno/a
_____, frequentante la classe _____ dell'Istituto "Catullo"

ACCONSENTONO

Sì

No

che il/la figlio/a acceda al servizio di Mentoring, che sarà offerto dal Dott. Casol Simone, avendo compreso che l'intervento è un **supporto individuale psico-educativo per il miglioramento della gestione dell'impegno scolastico, dell'approccio allo studio, della motivazione scolastica e del benessere.**

In particolare:

- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio;
- l'intervento non ha valore di psicoterapia;
- la persona minore d'età ha diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione dell'intervento psico-educativo.

Inoltre, avendo letto e compreso le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) e ex dell'art 13 del D.lgs 196/2003:

ACCONSENTONO

Sì

No

al trattamento dei dati sensibili del/della figlio/a necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Belluno, _____

Firma esercente responsabilità genitoriale

Firma esercente responsabilità genitoriale

Sig. _____

Sig.ra _____

