

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE AGLI INCONTRI COLLETTIVI DI CLASSE
IN PRESENZA DELLA PSICOLOGA**

Il sottoscritto (padre) _____

nato a _____ il ____/____/____

La sottoscritta (madre) _____

nata a _____ il ____/____/____

Genitore/affidatario dell'alunno/a _____

nato/a _____ il ____/____/____ frequentante la classe ____ sez. _____

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri collettivi con la psicologa Dott.ssa _____

DICHIARANO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003, e,
dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei
confronti del minore,

AUTORIZZANO LA RACCOLTA E IL TRATTAMENTO DEI DATI DEL MINORE NECESSARI

alle attività di osservazione e per l'accesso allo Sportello di Ascolto Psicologico.

Data ____/____/____

Firma del padre

Firma della madre

Firma del genitore affidatario
