

CONSENSO INFORMATO

PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Il sottoscritto (padre) _____

nato a _____ il ____/____/____

La sottoscritta (madre) _____

nata a _____ il ____/____/____

Genitore/affidatario dell'alunno/a _____

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

Presa visione dell'istituzione dello Sportello di Ascolto Psicologico

AUTORIZZANO

il proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con lo psicologo _____

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

per l'accesso alle attività dello Sportello di Ascolto Psicologico.

Data ____/____/____

FIRMA (padre)

FIRMA (madre)
