

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il ____ / ____ / _____, residente in via _____
città _____ prov. _____

DICHIARA 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

AUTORIZZA LA RACCOLTA E IL TRATTAMENTO DEI DATI NECESSARI

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

Li ____ / ____ / _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma del genitore affidatario _____