

MODULO CONSENSO INFORMATO PER LE ATTIVITA' DI SUPPORTO PSICOLOGICO A MINORENNI

I sottoscritti genitori del/la minore _____

nato/a _____ il _____

frequentante la scuola _____ classe _____ sezione _____

dell'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI PELAGO (FI) dichiarano:

di aver preso conoscenza del progetto "Sportello d'ascolto" gestito dalla Dott. Ciapetti Marco, pubblicato sul sito dell'Istituto e della finalità che questa funzione intende perseguire ai fini del benessere e del successo formativo degli studenti.

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, di questo servizio.

☐ SÌ

☐ NO

Data _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

PADRE _____ MADRE _____

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori
(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)

Numero di Telefono di riferimento (indicare padre/madre) _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Il Regolamento Europeo 2016/679 preve la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

1. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, che non siano quelli istituzionali previsti dalla normativa, né saranno oggetto di diffusione.
2. Il titolare e responsabile del trattamento è l'Istituto Scolastico.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento.

Data _____

Firma per presa visione _____