



CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE

Noi sottoscritti:

Padre/Tutore _____

Madre/Tutrice _____

genitori dell'alunno/a _____ classe _____

dichiariamo di aver:

- letto e compreso l'informativa
- compreso natura e finalità dello sportello di ascolto
- compreso che non si tratta di terapia psicologica
- compreso che il contenuto dei colloqui è riservato

Autorizzazione alla partecipazione

☐ AUTORIZZIAMO nostro/a figlio/a ad accedere allo sportello psicologico scolastico

☐ NON AUTORIZZIAMO l'accesso allo sportello psicologico

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PARTICOLARI (art. 9 GDPR)

Acconsentiamo al trattamento dei dati psicologici del minore per le finalità sopra indicate.

☐ Acconsento

☐ Non acconsento

Il consenso può essere revocato in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento precedente.

Luogo e data _____

Firma padre/tutore _____

Firma madre/tutrice _____

In caso di firma di un solo genitore

Il firmatario dichiara sotto la propria responsabilità di esercitare la responsabilità genitoriale anche per conto dell'altro genitore ai sensi degli artt. 316, 337-ter e 337-quater c.c.

Recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e urgenze:

Tel.: _____

Cell.: _____ ; _____