



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO A.MANUZIO di Latina Scalo
Via Dell'Oleandro 4/6 ☎ 0773632009 ✉ Itic804004@istruzione.it**

Da consegnare alla Segreteria/Ufficio Alunni

Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico

I sottoscritti genitori * e/o affidatari _____ nato/a a

il _____ e _____ nato/a a

il _____ dell'alunno/a _____ nato/a a

il _____ frequentante la classe _____ di Scuola Primaria/S.S. 1°Grado

(barrare la voce che non interessa) del plesso di _____,

presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito presso codesto istituto

Autorizzano

ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento UE 679/2016 il/la proprio/a figlio/a ad effettuare dei colloqui psicologici con la dr.ssa **Fabiana Biagioni** presso lo *sportello d'ascolto* attivato da codesto Istituto.

Data / /

firma del padre _____

firma della madre _____

In caso di dichiarazione presentata da un solo genitore compilare il seguente paragrafo:

Io sottoscritt _____ madre/padre/dell'alunn_

_____ ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 28/12/2000, n.445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiaro che _____ madre/padre/convivente del predetto è a conoscenza e d'accordo circa l'autorizzazione suddetta.

Firma del genitore _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018. firma del genitore _____