

MODULO DI CONSENSO ATTIVITÀ DI SUPPORTO PSICOLOGICO a.s. 2021/2022

Il sottoscritto padre _____
e la sottoscritta madre _____
dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sez _____ del plesso _____

Per le alunne e alunni dell'Istituto Comprensivo Carlo Alberto Dalla Chiesa

- AUTORIZZANO
 NON AUTORIZZANO

Il _____ propri _____ figli a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo "Sportello Supporto Psicologico" gratuito attivato presso i locali della scuola in orario scolastico.

Gli stessi

- AUTORIZZANO
 NON AUTORIZZANO

alla raccolta, alla conservazione e al trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti il/la proprio/a figlio/a minore, nell'ambito dei colloqui individuali e/o di gruppo classe, di supporto al benessere psicologico effettuati dal consulente dr Roberto Ferrante, professionista psicologo individuato dall'I.C. Carlo Alberto Dalla Chiesa per l'a.s. 2021/22.

Tutti i dati personali e sensibili saranno trattati nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e del GDPR 2016/679 e dei relativi obblighi di legge.

Roma , lì _____

Firma padre _____ Firma madre _____

Nel caso in cui si è impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente autodichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci 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 artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma Esercente Responsabilità Genitoriali

NB

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMUNQUE RICONSEGNA TO A SCUOLA ANCHE NEL CASO IN CUI I GENITORI NON AUTORIZZANO L'ACCESSO AL SERVIZIO