

MODULO DI CONSENSO ATTIVITÀ DI SUPPORTO PSICOLOGICO

ESERCENTE RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il sottoscritto/a PADRE _____, [IN STAMPATELLO]
e la sottoscritta MADRE _____,
dell'alunno/a _____,
frequentante la classe ___sez ___ del plesso _____,]
IN QUALITÀ DI GENITORI DEL MINORE _____

- ☐ AUTORIZZANO
☐ NON AUTORIZZANO

_I _____ propri ____ figli_ a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo “Sportello Supporto Psicologico”
gratuito attivato presso i locali della scuola in orario scolastico.

Da compilare solo in caso in cui si autorizzi quanto sopra
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, professionista psicologo individuato dalla scuola.

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 , li _____

Firma padre _____ Firma madre _____

NB: 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