

## 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