MODULO DI CONSENSO ATTIVITÀ DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Il sottoscritto/a\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, [IN STAMPATELLO]

Il sottoscritto/a ,

**ESERCENTI RESPONSABILITÀ GENITORIALE** dell’alunno/a ,

frequentante la classe sez del plesso ,]

# AUTORIZZANO NON AUTORIZZANO

\_l 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 , lì

Firma

Firma

Si allega copia documenti di identità

**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

Si allega copia documento di identità