



DICHIARAZIONE DI CONSENSO

(da restituire ai referenti di plesso)

Il sottoscritto
Nome del padre/tutore

e la sottoscritta
Nome della madre/tutrice

genitori/tutori legali di
Nome dell'alunno/a

nato/a il / / a
data di nascita dell'alunno Luogo di nascita dell'alunno

☐ ACCONSENTONO ☐ NON ACCONSENTONO

che il/la proprio/a figlio/a prenda parte alle attività previste nell'ambito del Progetto di educazione alla salute e consulenza psicopedagogica, comprendente la **possibilità per gli studenti della Scuola Primaria e della Secondaria di 1° grado, di svolgere in presenza (negli orari e nelle sedi della scuola o da remoto) dei colloqui di consultazione con la dott.ssa Emanuela Duca**, psicologa e componente dell'equipe multidisciplinare dei Consultori Familiari della Fondazione Angelo Custode.

☐ AUTORIZZANO ☐ NON AUTORIZZANO

la dott.ssa Emanuela Duca e i docenti del/la figlio/a a raccordarsi affinché possano essere messe in campo tutte

le attenzioni utili a favorire il successo scolastico ed evolutivo dell'alunno/a.

L'attività di ascolto e consulenza è proposta **senza costi per le famiglie e nel più stretto rispetto della privacy.**

Per ulteriori informazioni:

Area Formazione della Fondazione Angelo Custode - via Conventino, 8 int. 6 - 24125 Bergamo
tel. 035 0072370 fax 035 0072371 e-mail: formazione.consultori@angelocustodebg.it

I dati personali raccolti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016. Titolare del trattamento: Istituto Comprensivo "Sorelle de Marchi" di Gromo

Luogo e data:

Firma del padre/tutore per il consenso

Firma della madre/tutore per il consenso

.....

.....