

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER
L'ACCESSO ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

MINORENNI

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente in via _____ cap _____
CF _____ tel/cell _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente in via _____ cap _____
CF _____ tel/cell _____

in qualità di genitori del/la minore _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente in via _____ cap _____
CF _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____

AUTORIZZANO

la/il propria/o figlia/o ad accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Elisabetta Violato presso lo Sportello di Ascolto scolastico

SI ☐ NO ☐

I dati personali e sensibili della persona, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003 e D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, esprimono il loro libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma dei genitori

IN CASO DI FIRMA DA PARTE DI UN SOLO GENITORE

(Legge n. 127 del 1997, d.P.R. n. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda.

Alla luce delle disposizioni del Codice civile in materia di filiazione, la richiesta di adesione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.

Firma di autocertificazione _____

MAGGIORENNI

L'insegnante/ Il genitore _____
avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, decidendo di avvalersi con piena consapevolezza delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Elisabetta Violato presso lo Sportello di Ascolto scolastico, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

PERSONE SOTTO TUTELA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente in via _____ cap _____
CF _____ tel/cell _____

in qualità di Tutore del/la minore _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente in via _____ cap _____
CF _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____
in ragione di _____
(indicare provvedimento, autorità emanante, data e numero)

AUTORIZZA

la/il minore ad accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Elisabetta Violato presso lo Sportello di Ascolto scolastico

SI ☐ NO ☐

I dati personali e sensibili della persona, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003 e D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma del Tutore _____
