

Progetto "Punto di vista" A.S. 2024-2025: dichiarazione consenso informato

Da stampare e restituire al coordinatore compilata in tutte le sue parti e firmata da chi esercita la responsabilità genitoriale.

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
identificato mediante documento n° _____
rilasciato da _____ il _____

e io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
identificato mediante documento n° _____
rilasciato da _____ il _____

esercenti la responsabilità genitoriale per l'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della Scuola Secondaria _____

diamo il nostro consenso – anche in relazione al trattamento dei suoi dati personali, ivi compresi quelli relativi alla salute – affinché nostro figlio/a possa accedere allo Spazio di Ascolto, condotto dalla Dott.ssa Eleonora Caputo

Cento, _____

Firme degli esercenti la responsabilità genitoriale

SE LE ATTIVITA' PREVISTE NEL PROGETTO DOVESSERO SVOLGERSI A DISTANZA

- le consulenze a distanza avverranno per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
- i colloqui non saranno registrati né in audio né in video. In caso contrario è necessario un consenso specifico da parte e/o del professionista e/o dei genitori del/della minore;
- le prestazioni verranno rese attraverso le piattaforme online e lo strumento tecnologico utilizzati sarà la videochiamata su Pc o tablet o smartphone.