

CONSENSO PARTECIPAZIONE SPORTELLO PSICOLOGICO GENITORI DEGLI STUDENTI
MINORENNI

Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo
Grosseto 4

Il sottoscritto genitore/tutore _____, nato il _____
a _____ prov. _____ residente a _____ Via _____
_____ prov. _____ e-Mail _____ tel. _____

Il sottoscritto genitore/tutore _____, nato il _____
a _____ prov. _____ residente a _____ Via _____
_____ prov. _____ e-Mail _____ tel. _____

dell'alunno _____ nato a _____ il _____
frequentante la classe _____ Sez. _____ scuola _____

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

➤ di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico presso l'Istituto Comprensivo Grosseto 4 frequentato dall'alunno/a, nell'ambito del servizio psicologico .

➤ di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali

➤ di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del progetto potranno essere utilizzati solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto. Ed esprimono il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del servizio psicologico.

Grosseto, li _____

Firma del genitore

Firma del genitore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma del genitore

Firma a del genitore