

**MODULO ADESIONE SPORTELLO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA**

**MINORI e CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in qualità di genitori/tutori/affidatari del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione dell’Informativa privacy sportello di psicologia scolastica prot. n. 1989 del 10/02/2025, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello di psicologia scolastica e al trattamento dei dati personali, AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio offerto dalla Dott.ssa Lucia Cesaro, secondo le modalità concordate con la docente Diana Arca Nicolina, referente dello sportello psicologico per gli alunni dell’ Infanzia e della scuola Primaria – e con la docente Corvino Imperatrice per la scuola Secondaria di I grado.

**PER LE FINALITÀ DI CUI AL PUNTO 3.2:**

**□** Acconsentiamo al trattamento dei dati □ Non Acconsentiamo al trattamento dei dati

**Questo consenso dovrà ritenersi valido fino a mia eventuale revoca.**

**In caso di firma singola:** Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

Data Firma leggibile Firma leggibile

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_