# CONSENSO PARTECIPAZIONE SERVIZIO SUPPORTO PSICOLOGICO –

# ALUNNO

Il/la sottoscritto/a genitore/tutore , nato/a il a prov. Residente a

Via prov. e-

mail tel.

Il/la sottoscritto/a genitore/tutore , nato/a il a prov. residentea

Via prov. e-

mail tel.

dell 'alunno/a nato/a a il frequentante la classe Sez. Scuola

Esprimono esprimono il consenso e autorizzano il proprio figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a usufruire dei **colloqui individuali** con il personale del Consorzio Sociale Valle dell’Irno.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fisciano,

# 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.

Fisciano,

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la patria potestà.

**N.B. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato dalla L.n. 54 del 08/02/2016)**