# (modulo da compilare per gli studenti)

**CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018**

# Progetto “Sportello di ascolto Psicologico”

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il a

prov. residente a Via prov. tel.

email

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il a

prov. residente a Via prov. tel.

email

dell'alunno nato a il frequentante la classe sez. della Scuola

dichiarano di aver letto le attività e finalità del progetto di supporto psicologico, indicate nella Circolare n. 53, rivolto agli alunni della Scuola Secondaria di I grado dell’Istituto Comprensivo di Brolo.

Il suddetto servizio sarà curato dalla psicologa Dott.ssa Marilena Foti Cuzzola

**E-mail**: [fotimarilena@gmail.com](mailto:fotimarilena@gmail.com)

Per prestazioni rivolte **a minori di 18 anni**, il consenso informato è sempre richiesto **ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale**.

I sottoscritti, nell’esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato:

* avendo letto l’apposita informativa pubblicata sul sito istituzionale dell’Istituto Comprensivo,

## autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere allo sportello di supporto psicologico.

Luogo e data

Firma padre

Firma madre

## Si allegano al presente modulo le copie dei documenti di identità.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

I sottoscritti autorizzano 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 padre

Firma madre