

**CONSENSO DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ, IN CASO DI TRATTAMENTO DEI
DATI SENSIBILI DI MINORE O INCAPACE E AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO DEL
MINORE ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO.**

Il sottoscritto _____ (padre) Nato/a a _____
_____ (Prov. _____) il ___/___/_____

La sottoscritta _____ (madre) Nato/a a _____
_____ (Prov. _____) il ___/___/_____

e residenti a _____ (Prov. _____) in via/piazza _____

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale /tutore dell'alunno _____

frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____, avendo preso
visione dell'Informativa sulla privacy pubblicata sul sito di codesto Istituto ed esaminato quanto descritto dai
titolari del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 prestiamo il nostro consenso per il trattamento dei
dati personali e/o sensibili di [indicare il cognome e nome dell'alunno] _____

necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'Informativa ed autorizziamo il/la proprio/a figlio/a ad
usufruire degli incontri individuali e/o di gruppo con la Psicologa dott.ssa Marianna Baldini.

_____, ___/___/_____
(luogo) (data)

Firma di entrambi i genitori

(nel caso firmi un solo genitore)

In caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile: "Il sottoscritto, _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta 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".

FIRMA DEL GENITORE
