



Inviare per email

ALLIEVI MINORENNI

Ai genitori degli alunni minorenni si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla mail di richiesta di appuntamento, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico.

Io sottoscritti _____, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale sul/sul minore _____, nato/a a _____ il _____ e frequentante la classe _____, presa visione delle informative, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa Annalisa Silipo utilizzando il servizio in presenza.

Si dichiara altresì, che presentando tale istanza ha scaricato l'informativa sulla privacy e il consenso informato dall'area "supporto psicologico" del sito della scuola.

Luogo e Data _____, / / _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario/tutore: _____

oppure

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoria _____

La presente autorizzazione ha validità sino al termine del ciclo scolastico, salvo diversa disposizione dei genitori da inoltrare alla Segreteria.