

**Ricevuta dell'informativa e consenso al trattamento dei dati personali  
relativamente al servizio di Sportello di Ascolto Psicologico**

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... in .....

Relazione di parentela con il/la minore:

Padre       Madre       Tutore

dello studente \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ \*

Nato/a a ..... il .....

Codice Fiscale .....

dichiara/no di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e

autorizza/no     non autorizza/no

l'accesso al servizio Spazio Ascolto Psicologico presso l' Istituto Scientifico e Linguistico G. Marconi da parte del figlio minorenni per colloqui di consulenza psicologica breve e i trattamenti di dati conseguenti.

Il consenso dati si considererà valido per tutto il percorso di studi nell'Istituto Scolastico di appartenenza; qualora si decida di rinunciarvi dovrà essere fatta successiva dichiarazione a parte.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Firma della Madre \_\_\_\_\_

Firma del Tutore \_\_\_\_\_

Firma studente/studentessa maggiorenne \_\_\_\_\_

N.B.: si richiede la firma di entrambi i genitori.

\* per gli iscritti alla classe prima non è necessario indicare la sezione