

**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