I sottoscritti , genitori/affidatari

dell’alunno/a……………………………………nato/a a …………...… il …………..

frequentante la classe … sez , presso l’Istituto Comprensivo “Devitofrancesco-Giovanni 23°- Binetto”,

valutato il progetto dello Sportello d’Ascolto Psicologico, nell’anno scolastico 2022/2023 in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del citato Regolamento europeo 679/2016:

o ACCONSENTONO

o NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) ,

necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell’informativa.

Di conseguenza

* Autorizzano
* Non Autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la

psicologa e psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli psicologi, Dott.ssa Gabriella Sette

data

In fede

firma del padre

firma della madre