

## **Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico**

*L'I.C. "A. Manzoni" attiva uno Sportello d'Ascolto Psicologico per alunni, insegnanti e genitori coordinato e condotto dalla psicologa Concetta Caliolo. Affinché gli studenti possano usufruirne è necessario esprimere un consenso informato da parte di entrambi i genitori e/o tutori come di seguito. Si prega di inviare via email al coordinatore di classe.*

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "A. Manzoni"

Via Lusitania, 16 – 00183 ROMA

I sottoscritti padre.....madre.....

o tutore..... dell'alunno/a.....

nato/a..... il .....

frequentante la classe.....sez ..... dell'I.C. "A. Manzoni", venuti a conoscenza dell'attivazione, presso la Scuola, dello Sportello di Ascolto Psicologico

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare ai colloqui dello Sportello di ascolto psicologico per l'anno scolastico 2020/21.

A tal fine, presto il mio consenso per il trattamento dei dati sensibili (nome, cognome, età, etc.) necessari da parte dello psicologo nell'espletamento dell'incarico professionale ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e nuovo regolamento europeo GDPR 679/2016.

Roma, .....

Firma di entrambi i genitori/tutori

.....

.....

### **N.B. IL PRESENTE MODELLO E' VALIDO SOLO CON LA FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI**

I sottoscritt\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337-ter, 337-quater C.C., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Si allega copia documento di riconoscimento del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

Il genitore unico firmatario

.....  
(firma)