

MODELLO DI RICHIESTA PER SPORTELLO DI ASCOLTO E DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Io sottoscritto.....:

- 1) Genitore dell' alunno.....frequentante la classe della Scuola
(*Infanzia-Primaria-Secondaria*).....
- 2) Genitore dell' alunno.....frequentante la classe della Scuola
.....
- Chiedo un incontro, per mio figlio , presso lo Sportello di ascolto
e di consulenza psicologica dell' Istituto scolastico ;

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari
alla partecipazione al progetto nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D.

Lgs.n.101/2018

Data.....

Firma

firma del genitore

firma del genitore

In caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non
corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

dichiara

di aver effettuato scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli
artt. 316, 317 ter e 317 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi di genitori.

Data,

firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI Autorizzo il trattamento dei dati personali
necessari alla partecipazione al progetto nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal
D. Lgs.n.101/2018.