## Consenso Informato per l’accesso del minore allo Sportello d’Ascolto da consegnare alla Scuola

I genitori, padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esercenti la patria potestà sull’alunno/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_\_ dichiarano di aver ricevuto il comunicato e

□ AUTORIZZANO □ NON AUTORIZZANO

il/la sopracitato/a alunno/a, a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo “Sportello d’Ascolto” tenuto dalla Dott.ssa De Pinto Anna.

*Autorizzazione al trattamento dei dati.* I dati forniti sono coperti da segreto d’ufficio e garantiti dal D.Lgs. 196/2003. Sono pertanto utilizzati esclusivamente per lo sportello psicologico.

 Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati per i soli scopi previsti dallo sportello psicologico, ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Molfetta, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **F i r m e di entrambi i genitori**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_