**CONSENSO INFORMATO**

**ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO ( SAP)**

I sottoscritti

Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -

e Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presa visione dell’istituzione presso la Scuola dello Sportello d’Ascolto Psicologico e acquisite le informazioni fornite al momento dell’iscrizione a scuola dal titolare del trattamento ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003, dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/ tutoria nei confronti del minore, esprimono il consenso ed autorizzano

l’ accesso al servizio di Sportello d’Ascolto Psicologico offerto dall’ Istituzione scolastica da parte del figlio/a, la raccolta e il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle prestazioni eventualmente richieste, l’utilizzo dei dati nell’ambito e con le modalità indicate nell’informativa, quindi

o **AUTORIZZANO**

Il/La proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con l’esperta Dott.ssa De Luca Carmen Danila in modalità online.

In fede,

Firma autografa della madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma autografa del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_