

CONSENSO INFORMATO
NECESSARIO PER L'ACCESSO DEL MINORE AL SUPPORTO PSICOLOGICO

Monterotondo,.....

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico Statale "G. Peano"
00015 Monterotondo (RM)

I sottoscritti genitori, padre/affidatario _____
madre/affidataria _____,
del/della minore _____, nato/a a _____,
il, frequentante la classe _____ sezione _____ del Liceo Scientifico Statale "G. Peano", a conoscenza del
supporto psicologico tenuto dal dott. _____, e delle finalità che questa funzione intende perseguire ai fini del
benessere degli studenti,

Autorizzano **Non autorizzano**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, del suddetto servizio.

Dichiarazione di consenso ai fini dell'art.13 del D. Lgs.196/2003.

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art.13 del D. Lgs.196/2003, Codice in
materia di protezione dei dati personali, i sottoscritti in qualità di esercenti la patria potestà
genitoriale/tutoriale del minore, esprimono il consenso favorevole al trattamento dei dati sensibili di (nome
e cognome dell'alunno/a) _____ necessari per lo
svolgimento delle attività indicate nella informativa.

Monterotondo, _____

firma GENITORE _____

firma GENITORE _____