

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | M.I.U.R. – U.S.R. per il Lazio  **Istituto Comprensivo Statale *GINO FELCI* -** RMIC8F700A   Via Accademia Italiana della Cucina n.1 – 00049 Velletri (Roma)  Centralino: 06/9615.1373 e 06/9642.144 – Fax: 06/9615.5042  **@**: [RMIC8F700A@istruzione.it](mailto:RMIC8F700A@istruzione.it); [RMIC8F700A@pec.istruzione.it](mailto:RMIC8F700A@pec.istruzione.it); : [www.ginofelci.edu.it](http://www.ginofelci.edu.it/)  Codice fiscale: 95036920585 – Codice IPA: istsc\_rmic8f700a – Codice unico per fatturazione: UF8RRD | | |
|  | *FonDI sTRutTURALi euROPEI 2014-2020* |  |

**Dichiarazione di consenso informato resa alla Responsabile dello Sportello d’Ascolto Psicologico – dott.ssa Katiuscia Milletti – tramite Istituto Comprensivo Statale GINO FELCI**

Io sottoscritto **padre** del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ identificato tramite documento: n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

Io sottoscritta **madre** del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ identificato tramite documento: n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESPRIMIAMO IL NOSTRO CONSENSO**

A che nostro/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ usufruisca delle prestazioni professionali della psicologa Dott.ssa Katiuscia Milletti, consapevoli che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, alla normativa sulla privacy ed informati sulle tipologie di intervento e sulla finalità del progetto di ascolto psicologico attivato dalla scuola. I sottoscritti autorizzano il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), sono consapevoli che potranno esercitare i diritti previsti dal succitato Regolamento e dichiarano di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati personali di questo Istituto sull’Albo On-line ufficiale e di averne compreso il contenuto.

Firme dei genitori **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autocertificazione di genitore o tutore unico esercente potestà genitoriale (da non confondersi con l’attribuzione di affido esclusivo)**

Io sottoscritto **padre/madre/tutore** del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ identificato tramite documento: n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARO**

Di essere l’unico/a esercente la patria potestà sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il seguente motivo (in caso di provvedimento giuridico, mettere i riferimenti al numero di provvedimento, all’autorità emanante e alla data di emissione): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ed **ESPRIMO IL MIO CONSENSO**

A che mio/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ usufruisca delle prestazioni professionali della psicologa Dott.ssa Katiuscia Milletti, consapevole che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, alla normativa sulla privacy ed informato/a sulle tipologie di intervento e sulla finalità del progetto di ascolto psicologico attivato dalla scuola. Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), è consapevole che potrà esercitare i diritti previsti dal succitato Regolamento e dichiara di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati personali di questo Istituto sull’Albo On-line ufficiale e di averne compreso il contenuto.

Firma dell’esercente la patria potestà \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_