



M.I.U.R. – U.S.R. per il Lazio



**Istituto Comprensivo Statale *GINO FELCI* -
RMIC8F700A**

Via Accademia della Cucina Italiana n 1 - 00049 Velletri (Roma)
Centralino: 06/9615.1373 e 06/9642.144 - Fax: 06/9615.5042

@: RMIC8F700A@istruzione.it; RMIC8F700A@pec.istruzione.it; www.ginofelci.edu.it



FONDI STRUTTURALI EUROPEI 2014-2020



Dichiarazione di consenso informato resa alla Responsabile dello Sportello d'Ascolto Psicologico – dott.ssa Katuscia Milletti – tramite I. C. 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 Katuscia 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 suddetto 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 Katuscia 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 suddetto

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 potestà sul minore _____