

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| logo gif | M.I.U.R. – U.S.R. per il LazioIstituto 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](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 | | |  |
| C:\Users\Utente\Pictures\PON2.png | *Fondi strutturali europei 2014-2020* | C:\Users\Utente\Pictures\bandiera-europea.jpg |

**Dichiarazione di consenso informato resa al Responsabile Laboratorio “Esplorando le Emozioni” – dott.ssa Cepollaro Annunziata– 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partecipi al laboratorio “Esplorando le Emozioni” curato dalla psicologa dott.ssa Cepollaro Annunziata, consapevoli che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, alla normativa sulla privacy ed informati sulle tipologie di intervento e sulla finalità del laboratorio “Esplorando le Emozioni” 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partecipi al laboratorio “Esplorando le Emozioni” curato dalla psicologa dott.ssa Cepollaro Annunziata, 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 potestà sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_