

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 ai Responsabili dello Sportello d’Ascolto Psicologico – dott.ssa Margherita Tata e dott.ssa Katiuscia 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 delle psicologhe Dott.ssa Margherita Tata e 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 delle psicologhe Dott.ssa Margherita Tata e 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 potestà sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_