

**CONSENSO PARTECIPAZIONE SERVIZIO DI PSICOLOGIA - ALUNNO
PROGETTO DI “SUPPORTO PSICOLOGICO PER ALUNNI, FAMIGLIE E PERSONALE
SCOLASTICO”**

Il sottoscritto genitore/tutore _____, nato
il _____ a _____ prov. _____ residente a
_____ Via _____ prov. _____ e-
mail _____ tel. _____

Il sottoscritto genitore/tutore _____, nato
il _____ a _____ prov. _____ residente a
_____ Via _____ prov. _____ e-
mail _____ tel. _____

dell'alunno _____ nato a _____ il _____
frequentante la classe _____ Sez. _____ Scuola _____

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020/2021 presso l'Istituto
Direzione Didattica Statale “17° Circolo” frequentato dall'alunno, nell'ambito del Progetto di “**SUPPORTO
PSICOLOGICO PER ALUNNI, FAMIGLIE E PERSONALE SCOLASTICO**”:

- > di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali;
- > di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto;

esprimono il consenso alla partecipazione del proprio figlio/a _____ alle attività, anche individuali, programmate all'interno del progetto “**SUPPORTO PSICOLOGICO PER ALUNNI, FAMIGLIE E PERSONALE SCOLASTICO**”.

Cagliari, _____

firma del genitore

firma del genitore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

firma del genitore

firma del genitore