

**RICEVUTA DELL'INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
RELATIVAMENTE AL SERVIZIO DI SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in _____

Relazione di parentela con il/la minore:

Padre Madre Tutore

dello studente _____ iscritto/a alla classe prima
a.s. 2024/2025

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

dichiara/no di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e

autorizza/no non autorizza/no

l'accesso al servizio CIC Spazio Ascolto Psicologico e allo sportello Counseling presso il Liceo Scientifico e Linguistico G. Marconi da parte del figlio minorenni per colloqui di consulenza psicologica breve e i trattamenti di dati conseguenti.

Il consenso dati si considererà valido per tutto il percorso di studi nell'Istituto Scolastico di appartenenza; qualora si decida di rinunciarvi dovrà essere fatta successiva dichiarazione a parte.

Data _____

Firma del Padre _____

Firma della Madre _____

Firma del Tutore _____

N.B.: si richiede la firma di entrambi i genitori

In caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dichiara di aver rilasciato l'autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Pertanto, con la presente sottoscrizione, dichiaro di aver informato – prima della firma – il genitore separato, divorziato, o che semplicemente non firma il presente modulo, di tutto quanto sopra. Per tali ragioni manlevo espressamente da qualsivoglia pretesa o richiesta di ogni genere il Liceo Scientifico e Linguistico Marconi dall'omessa informazione al genitore separato, divorziato o che non abbia sottoscritto il presente modulo.

padre

madre

Luogo..... Data

Firma

.....