

## MODULO DI CONSENSO ATTIVITÀ DI SUPPORTO PSICOLOGICO

ESERCENTE RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il sottoscritto/a PADRE \_\_\_\_\_, [IN STAMPATELLO]  
e la sottoscritta MADRE \_\_\_\_\_,  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
frequentante la classe \_\_\_sez \_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_,]  
IN QUALITÀ DI GENITORI DEL MINORE \_\_\_\_\_

- AUTORIZZANO  
 NON AUTORIZZANO

\_I \_\_\_\_\_ propri \_\_\_\_\_ figli\_ a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo "Sportello Supporto Psicologico"  
gratuito attivato presso i locali della scuola in orario scolastico.

Da compilare solo in caso in cui si autorizzi quanto sopra  
Gli stessi

- AUTORIZZANO  
 NON AUTORIZZANO

alla raccolta, alla conservazione e al trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti il/la proprio/a figlio/a  
minore, nell'ambito dei colloqui individuali e/o di gruppo classe, di supporto al benessere psicologico effettuati dal  
consulente, professionista psicologo individuato dalla scuola.

Tutti i dati personali e sensibili saranno trattati nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e del GDPR 2016/679 e dei relativi  
obblighi di legge.

Roma , li \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_ Firma madre \_\_\_\_\_