Liceo Statale “G. Carducci”, Pisa

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO DI ASCOLTO PER ALUNNI MINORENNI A.S. 2023/2024

I sottoscritti: (nome e cognome, stampato)

_____

_____

In qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale sull'alunno/a :

(nome cognome) _____

classe e sez. _____ nato a _____

il_____ dichiarano di essere informati sul servizio di consulenza

psicologica.

Pertanto AUTORIZZANO/NON AUTORIZZANO* il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di suddetto

servizio

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE TUTORE

_____ _____ _____

data_____ lì_____

_____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

In qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale

sull'alunno/a_____ classe____ e sez._____

autorizziamo il trattamento dei suoi dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali”, e del Regolamento europeo 2016/679 (General Data Protection Regulation – “GDPR”)

FIRMA DELLA MADRE
LEGGIBILE_____

FIRMA DEL PADRE
LEGGIBILE_____

TUTORE
LEGGIBILE_____

data_____lì_____