****

**MODULO ADESIONE SPORTELLO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA**

**MINORI e CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in qualità di genitori/tutori/affidatari del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dell’Informativa privacy sportello di psicologia scolastica, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello di psicologia scolastica e al trattamento dei dati personali, prestano il CONSENSO al trattamento dei dati e AUTORIZZANO il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa Boffardi Carmela, secondo le modalità concordate con la psicologa.

**PER LE FINALITÀ DI CUI AL PUNTO 3.2:**

**□** Acconsentiamo al trattamento dei dati □ Non Acconsentiamo al trattamento dei dati

**Questo consenso dovrà ritenersi valido fino a mia eventuale revoca.**

**In caso di firma singola:** Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

Data Firma leggibile Firma leggibile

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore unico firmatario/tutore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**oppure**

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoria

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_