

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO
PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO
AI SENSI DELL'ART. 7 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016
(GENITORI)

RICHIESTA	ACCONSENTO	NON ACCONSENTO
<i>(APPORRE UNA X NELLE COLONNE A DESTRA IN CORRISPONDENZA DELLA SCELTA FATTA)</i>		
Nell'ambito del progetto "Sportello psicologico", descritto nell'informativa allegata, di cui dichiaro di aver preso visione, autorizzo al trattamento di tutti i miei dati personali, necessari allo scopo del progetto, in qualità di persona esercitante la responsabilità genitoriale dello studente sottoindicato. Sono consapevole che tale consenso è indispensabile per l'accesso ai servizi del progetto.		

Cognome e nome alunno/a: _____

Cognome e Nome Genitore/Tutore 1: _____

Luogo e data _____ Firma _____

Cognome e Nome Genitore/Tutore 2: _____

Luogo e data _____ Firma _____