

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

RICHIESTA	ACCONSENTO	NON ACCONSENTO
<i>(APPORRE UNA X NELLE COLONNE A DESTRA IN CORRISPONDENZA DELLA SCELTA FATTA)</i>		
<p>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, dello studente sottoindicato, su cui esercito la responsabilità genitoriale.</p> <p>Sono consapevole che tale consenso è indispensabile per l'accesso ai servizi del progetto.</p>		

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 _____

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.