

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO Tutela della Privacy

I sottoscritti **COGNOME E NOME**

**PADRE** \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in

via/piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**MADRE** \_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in

via/piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ In qualità di esercente la

potestà genitoriale/tutoriale sul minore \_\_\_\_\_ che frequenta la

classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

Dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa **Michela Musolino** come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali (BARRARE),

FORNISCO IL CONSENSO

NON FORNISCO IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

I sottoscritti **COGNOME E NOME**

**PADRE** \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in

via/piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**MADRE** \_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in

via/piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ In qualità di esercente la

potestà genitoriale/tutoriale sul minore \_\_\_\_\_ che frequenta la

classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa MICHELA MUSOLINO come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali (BARRARE),

FORNISCO IL CONSENSO

NON FORNISCO IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

In merito alle attività svolte nel contesto dello Spazio di Ascolto dell'I.C. Leonida Montanari, riguardo le prestazioni professionali rese dalla dott.ssa MICHELA MUSOLINO decidiamo con piena consapevolezza di prestare il nostro consenso affinché nostro/a figlio/a:

NOME del figlio/a \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ frequentante

la CLASSE \_\_\_\_\_ possa accedere alle seguenti attività:

**LABORATORI IN CLASSE** (in compresenza, su richiesta dell'insegnante o della scuola)

FORNISCO IL CONSENSO

NON FORNISCO IL CONSENSO

**COLLOQUI INDIVIDUALI** (su richiesta dell'alunno)

FORNISCO IL CONSENSO

NON FORNISCO IL CONSENSO

Luogo e data

Firma dei genitori/tutori \_\_\_\_\_

**N.B. Allegare documento di entrambi i genitori**

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta 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