**CONSENSO ALL'ACCESSO
AL SERVIZIO DI SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO E AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

(Tutte le informazioni relative al progetto sono consultabili sul sito www.ic10bo.edu.it)

Alunno/a: _____

Classe: _____ Scuola Secondaria di I grado Besta

Io sottoscritto _____

nato a _____

identificato mediante documento: _____

rilasciato da _____

genitore 1/tutore del minore _____

e io sottoscritta _____

nata a _____

identificata mediante documento: _____

rilasciato da _____

genitore 2/tutore del minore _____

in virtù della potestà genitoriale:

accordiamo il nostro consenso non accordiamo il nostro consenso

a che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali della psicologa.

Dichiariamo altresì di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy, consultabile sul sito web dell'IC 10 www.ic10bo.edu.it (La scuola - Informazioni generali - privacy) e/o al seguente link:

<http://www.ic10bo.edu.it/attachments/article/26/Informativa%20Sportello%20d'ascolto%20alunni%20a.s.%2023-24.pdf>

Bologna, _____

Firma genitore 1/tutore* _____

Firma genitore 2/tutore* _____

** Consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara/no di avere effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

NB: in caso di firma di un solo genitore, il firmatario dichiara che l'altro genitore è stato informato ed è consenziente, con esonero di Open Group, del C.i.Ps.Ps.i.a, della Dott.ssa Claudia Garofletti e della Dott.ssa Letizia Del Zanna da ogni e qualsiasi responsabilità a riguardo.