**CONSENSO**

**(da compilare a cura di entrambi i genitori)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

padre dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola secondaria “I.I.S. M. Rapisardi “Liceo delle Scienze Umane”, avendo preso visone dell’informativa relativa alle attività di supporto psicologico proposto per gli alunni, autorizza la fruizione dello sportello d’ascolto da parte del/la proprio/a figlio/a, in orario curriculare e senza alcun onere per le famiglie.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 sulla privacy, ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

madre dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola secondaria “I.I.S. M. Rapisardi “Liceo delle Scienze Umane”, avendo preso visone dell’informativa relativa alle attività di supporto psicologico proposto per gli alunni, autorizza la fruizione dello sportello d’ascolto da parte del/la proprio/a figlio/a, in orario curriculare e senza alcun onere per le famiglie

La sottoscritta dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 sulla privacy, ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_