

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO
SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO EMERGENZA COVID -19
A.S. 2020/2021**

I sottoscritti
in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del minore
nato/a a.....il..... indirizzo
frequentante la classe.....sezione..... Scuola
dell'IC POGGIOMARINO 1-CAPOLUOGO, a conoscenza dello *Sportello di Ascolto Psicologico* istituito
presso codesto Istituto al fine di rispondere a disagi e traumi derivanti dall'emergenza Covid-19,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità e ne facesse richiesta, degli incontri individuali con lo psicologo- psicoterapeuta, specialista, incaricato di tenere i colloqui con gli alunni.

(data)

(firma genitore).....

(firma genitore).....

Dichiarazione di consenso ai fini dell'Art. 13 del D. LGS 196/2003

I sottoscritti
in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore esprimono il consenso al
trattamento dei dati sensibili di (nome del minore).....
necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

(firma genitore).....

(firma genitore).....

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 DPR 245/2000 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

(firma genitore).....

(firma genitore).....