

**Ai genitori degli alunni  
della scuola secondaria di primo grado  
dell'Istituto Comprensivo  
"RANDACCIO " DI MONFALCONE**

Per poter usufruire dello sportello, gli alunni hanno bisogno del consenso dei genitori, perciò dovranno portare a scuola il presente modulo debitamente compilato.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati personali saranno trattati esclusivamente per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito.

Nel caso i genitori siano legalmente separati o non sposati è necessario il consenso di entrambi.

**Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico**

**I sottoscritti**

madre .....e padre.....

esercenti la patria potestà sull'alunno/a .....

frequentante la classe .....della sezione .....

Dichiarano di aver ricevuto la circolare N .... del.. e

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a , a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo sportello di consulenza psicologica.

I genitori autorizzano inoltre la dott.ssa Valeria Donda ad utilizzare il contatto (mail o n. telefonico) lasciato con lo scopo di poter fissare l'appuntamento.

**Mail:** ..... **Cellulare** .....

**ESPRIMONO inoltre**

il consenso ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" al trattamento dei dati personali per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito alla dott.ssa Valeria Donda.

In fede,

Firma del  
padre .....

Firma della  
madre .....

Data .....