

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO "SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO" - A.S. 2018/2019**

I sottoscritti genitori, padre/affidatario \_\_\_\_\_  
madre/affidataria \_\_\_\_\_, del/lla  
minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola Secondaria di Primo Grado dell' Istituto  
Comprensivo "Città dei Bambini", a conoscenza dello Sportello d'Ascolto tenuto dal Dott.ssa Francesca Fochetti,  
della Cooperativa Sociale "La Lanterna di Diogene" e della finalità che questa funzione intende perseguire ai fini  
del benessere degli studenti,

AUTORIZZANO  NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, di questo servizio.

Data \_\_\_\_\_

Firma Padre \_\_\_\_\_ Firma Madre \_\_\_\_\_

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

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno  
2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i sottoscritti

padre.....madre.....

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.

Data \_\_\_\_\_

Firma Padre \_\_\_\_\_ Firma Madre \_\_\_\_\_