

MODULO DI CONSENSO

Avendo letto e compreso l'informativa allegata per il servizio dello **Sportello di Ascolto** fornito dalle dott.sse MINIERO BARBARA e MAZZOLENI ELEONORA In collaborazione con il C.F.P. ENFAPI di TREVIGLIO, **i sottoscritti**:

(IN STAMPATELLO)

Esercente responsabilità genitoriale (padre oppure tutore)

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Telefono	
E-mail	

Esercente responsabilità genitoriale (madre)

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Telefono	
E-mail	

AUTORIZZANO

Il proprio figlio (indicare nome, cognome e classe di appartenenza):

_____ classe _____

nato il _____ a _____

e residente a _____ in via _____

a partecipare alle attività dello Sportello di Ascolto Psicologico negli orari, nei giorni e nei luoghi indicati e/o concordati con le psicologhe.

Data _____

IN FEDE

firma del padre _____

firma della madre _____

N.B.: Il presente modulo, debitamente compilato e firmato, deve essere consegnato alle Psicologhe o al Docente Coordinatore della classe frequentata.

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 esprimo il consenso al trattamento e alla diffusione dei dati da parte del Consorzio Enfapi Treviglio per le finalità connesse o strumentali inerenti l'attività di sportello psicologico.

firma del padre _____

firma della madre _____

SOLO NEI CASI IN CUI NON E' POSSIBILE IL CONSENSO SCRITTO DI ENTRAMBI I GENITORI

Il/la sottoscritto/a _____

CONSAPEVOLE delle conseguenze amministrative e penali per il rilascio di dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 245/200, dichiara di aver manifestato il consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 TER e QUATER del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

DICHIARA

- Di essere a conoscenza che la consulenza avverrà presso la sede del C.F.P. Enfapi di Treviglio con durata 45 minuti, salvo diversi accordi dipendenti dalla complessità del trattamento e

AUTORIZZA

Il proprio figlio (indicare nome, cognome e classe di appartenenza):

_____ classe _____

nato il _____ a _____

e residente a _____ in via _____

a partecipare alle attività dello Sportello di Ascolto Psicologico negli orari, nei giorni e nei luoghi indicati e/o concordati con le psicologhe.

Data _____

IN FEDE

(firma del genitore)

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 esprimo il consenso al trattamento e alla diffusione dei dati da parte del Consorzio Enfapi Treviglio per le finalità connesse o strumentali inerenti l'attività di sportello psicologico.

(firma del genitore)