

**Servizio di “Sostegno psicologico”**

a.s. 2023/2024.

**MODULO D’AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE PER I MINORI**

Il/La sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………………………………………

Nato/a a .................…………………………………………………………. il …………………………....…………............

residente in via.......................……………......…………………………………….... CAP……………..……………….

recapito telefonico……………………………………………... e-mail………………………………………..…………………….

In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale della/o studentessa/studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe e sezione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Con la firma del presente modulo dichiara di:**

* acconsentire alla partecipazione di suo/a figlio/a al servizio di “Sostegno psicologico” presso lo “Sportello di Ascolto” da parte del proprio/a figlio/a nei locali della scuola o da remoto;
* autorizzare, ai sensi dell’art. 13 D.lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione di dati personali) e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), gli operatori impegnati nel servizio di “Sostegno psicologico” a trattare le informazioni personali relative ai partecipanti al solo fine della realizzazione della suddetta attività. Le informazioni raccolte saranno conservate nella massima riservatezza e secondi le disposizioni di legge.

Firma del genitore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di sottoscrizione di un solo genitore

Dichiaro:

di agire anche in nome dell’altro genitore adeguatamente informato

di agire ai sensi dell’art. 317 bis c.c. in quanto unico genitore convivente con il minore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si precisa che le attività sono interamente gratuite**.