MODULO CONSENSO INFORMATO
PER LE ATTIVITA' DI SUPPORTO PSICOLOGICO A MINORENNI
TRAMITE SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

I sottoscritti genitori del/la minore _____ nato/a _____ il_____
frequentante la classe _____ sezione _____ dell'Istituto alberghiero di Molfetta

dichiarano

di aver preso conoscenza del progetto gestito dalla dott.ssa Cinzia Dagostino

AUTORIZZANO
il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di questo servizio.

Data_____

PADRE___ _____

MADRE _____ Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)

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. i96 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i sottoscritti
padre.....madre.....
in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore esprime il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) ..... necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

Data_____

Firma

Padre_____

Madre_____