

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI SPORTELLO D'ASCOLTO

GENITORI (o TUTORI)

1. Il sottoscritto _____ Nat__ a _____
il ___/___/___, residente a _____ in via _____ n____
tel _____ cell _____ CF _____

2. La sottoscritta _____ Nat__
a _____ il ___/___/___, residente a _____ in
via _____ n____
tel _____ cell _____ CF _____ nella

qualità di genitori/tutori
del minore (nome/cognome) _____

Nat__ a _____
il ___/___/___
residente a _____ in via/piazza _____ n____
tel _____ cell _____ CF _____

Visto e compreso tutto quanto riportato nell'informativa di cui alla circ. n. 75 del 16/12/2020,

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____

Esprime/esprimono il proprio libero consenso informato per la fruizione del servizio di supporto psicologico.

Lì,

Firma del diretto interessato (se adulto)

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

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

Lì,

Firma/e _____

Inoltre,

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa

Lì, _____

Firma/e _____

(ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ DEL/I FIRMATARIO/I)