

Consenso informato

per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto

I sottoscritti genitori/esercenti la responsabilità genitoriale _____

dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____
frequentante la classe/sezione _____ della Scuola _____

presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico istituito presso codesto Istituto, avendo richiesto di usufruire del servizio "Sportello d'ascolto" offerto dal Secondo Circolo Didattico "Giovanni XXIII" di Paternò (CT) per il proprio figlio/a, dichiarano, ai sensi del D.P.R.445/2000, di avere adeguatamente compreso i termini del servizio, di esprimere il proprio consenso a che il/la proprio/a figlio/a usufruisca del servizio medesimo erogato dall'esperto psicologo e di autorizzare il trattamento dei dati, ai sensi della vigente normativa, per le finalità connesse all'espletamento del suddetto servizio.

Alla presente si allega documento di identità in corso di validità dei soggetti firmatari.

Paternò _____

Firme di entrambi i genitori

Firma del genitore unico firmatario*

**Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la suddetta dichiarazione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori. Qualora sia firmata da un solo genitore, si intende che quanto dichiarato sia stato condiviso da entrambi i genitori.*