

CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018

Progetto "Educare insieme"

Io sottoscritto (padre) _____ Io sottoscritta (madre) _____
genitori del/la minore _____
frequentante la classe _____ sez. _____ Plesso _____

DICHIARIAMO

di aver preso conoscenza del Progetto "Educare Insieme" gestito dall'Associazione "Forma Mentis" incaricata dal Comune di Limbiate e della finalità che questo progetto intende perseguire ai fini del benessere e del successo formativo degli studenti.

AUTORIZZIAMO NON AUTORIZZIAMO

La psicologa, Dott.ssa Chiara Silva e l'educatrice professionale Maddalena Allievi ad effettuare degli incontri nella classe frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza, dando atto del fatto che la prestazione verrà effettuata nel rispetto degli articoli 15-16-17 del Codice Deontologico degli Psicologi, che consentono allo specialista di condividere con la scuola, in forma orale o telematica, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico.

In qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato l'informativa, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003:

ACCONSENTIAMO NON ACCONSENTIAMO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) _____ necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

firma del padre

firma della madre.....

Luogo e data _____

In caso di unica firma: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA _____