

Allegato A

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO PSICOPEDAGOGICO

- INCONTRI CON IL GRUPPO CLASSE
- ACCESSO DELLO STUDENTE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO

I sottoscritti _____ , nato a _____ il _____ e _____ , nata a _____ il _____ , genitori/affidatari dell'alunn _____ , nat _ a _____ il _____ frequentante la classe ___ sezione ___ della Scuola Secondaria di II grado _____ , in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato la circolare, acquisite le informazioni fornite, DICHIARANO di essere a conoscenza delle attività e delle finalità previste dalla consulenza psicopedagogica e di esprimere il consenso alla partecipazione del proprio figlio alle attività programmate all'interno del progetto "Sportello d'ascolto e assistenza psicopedagogica in relazione alla prevenzione e al trattamento dei disagi derivanti dall'emergenza epidemiologica da COVID 19 per il periodo Febbraio - Maggio 2022".

Data e luogo _____

Firma del genitore (leggibile e per esteso) _____

Firma del genitore (leggibile e per esteso) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D.Lgs 101/2018.

Firma del genitore (leggibile e per esteso) _____

Firma del genitore (leggibile e per esteso) _____