

Allegato 2

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER GLI
INTERVENTI IN CLASSE DELLA DOTT.SSA PSICOLOGA**

I sottoscritti _____,
padre _____ madre _____,

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutori sul/sulla minore

_____ nato/a a _____ il _____ e
frequentante la classe _____ sez. __, PLESSO _____,

presa visione dell'informativa "Consenso Informato" (allegato 5), presa visione della circolare Prot. n. 2690 del 17/03/2025, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili,

PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO

il/la minore a partecipare alle attività di classe che prevedono osservazioni delle dinamiche del gruppo classe da parte della psicologa, dott.ssa Marianna Moretta. L'attività si svolgerà durante l'orario scolastico.

I dati personali e sensibili della persona, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

FORNISCE IL CONSENSO

si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nell'informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Firma dei genitori/tutori

padre _____

madre _____

n caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

dichiara

di aver effettuato scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 317 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi di genitori.

Firma.....