**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA**

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “DON MILANI”**

**Via Belisario Corenzio*,* 46 – 84129 SALERNO tel. 089753850 – fax 0897266086**

C.F. 95182810655 – Codice meccanografico SAIC8B600G

e-mail PEO: [saic8b600g@istruzione.it](mailto:saic8b600g@istruzione.it) e-mail PEC: [saic8b600g@pec.istruzione.it](mailto:saic8b600g@pec.istruzione.it)

**Modulo Consenso per minori per servizio supporto psicologico**

**IC DON MILANI SALERNO**

**Visto e compreso**

tutto quanto sopra indicato nella INFORMATIVA ALUNNI- FAMIGLIE E TUTORI – PERSONALE SCOLASTICO EX ART 13 GDPR 2016/679 E ART. 13 DLGS 196/2003 - ulteriori finalità prot N. 1873/ A39 del 17/12/2020

nell’esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicare i dati del minore)*

* esprime il **proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione del servizio** per “***assistenza psicologica ………………………….***

□ FORNISCE IL CONSENSO

* esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, ***al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa***:

□ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto……….………………………………, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci 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 artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA**

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “DON MILANI”**

**Via Belisario Corenzio*,* 46 – 84129 SALERNO tel. 089753850 – fax 0897266086**

C.F. 95182810655 – Codice meccanografico SAIC8B600G

e-mail PEO: [saic8b600g@istruzione.it](mailto:saic8b600g@istruzione.it) e-mail PEC: [saic8b600g@pec.istruzione.it](mailto:saic8b600g@pec.istruzione.it)

**MODULO CONSENSO PER MAGGIORENNI PER SERVIZIO SUPPORTO PSICOLOGICO**

**IC DON MILANI SALERNO**

**Visto e compreso**

tutto quanto sopra indicato nella INFORMATIVA ALUNNI E TUTORI - PERSONALE SCOLASTICO EX ART 13 GDPR 2016/679 E ART. 13 DLGS 196/2003 - ulteriori finalità finalità prot N. 1873/ A39 del 17/12/2020

* esprime il **proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione del servizio** per “***assistenza psicologica………………………….”:***

□ FORNISCE IL CONSENSO

* esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, ***al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa***:

□ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_