



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "Racchetti - da Vinci"

LICEO CLASSICO LICEO LINGUISTICO LICEO SCIENTIFICO

Via Ugo Palmieri, 4 - 26013 CREMA

☎ 0373 256424 ✉ e mail: CRIS013001@pec.istruzione.it / CRIS013001@istruzione.it

Codice Fiscale:82004890198 Codice Meccanografico:CRIS013001

Allegato 6

Al Dirigente Scolastico

I.I.S. Racchetti Da Vinci

Crema

CONSENSO INFORMATO

PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO "SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO"

I sottoscritti

padre (altro.....) _____ -- _____,

madre (altro.....) _____,

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la minore _____

nato/aa _____ il _____ frequentante la classe _____

liceo _____ dell'IIS Racchetti - da Vinci di Crema,

a conoscenza del servizio "Sportello d'ascolto" istituito presso il Liceo tenuto da uno psicologo iscritto all'albo,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, degli incontri individuali con lo psicologo e a partecipare ad eventuali attività dello Sportello d'ascolto.

Data _____

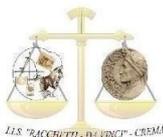
Firma padre _____



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "Racchetti - da Vinci"

LICEO CLASSICO LICEO LINGUISTICO LICEO SCIENTIFICO



Via Ugo Palmieri, 4 - 26013 CREMA

☎ 0373 256424 ✉ e mail: CRIS013001@pec.istruzione.it / CRIS013001@istruzione.it

Codice Fiscale:82004890198 Codice Meccanografico:CRIS013001

Firma madre_____

Dichiarazione di consenso ai fini degli artt. da 13 a 15 del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

Preso atto dell'informativa privacy ai sensi ai sensi degli artt. da 13 a 15 del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

i sottoscritti padre.....madre.....

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore esprime il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

Data _____

Firma padre_____

Firma madre_____