**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. N. 14 “San Francesco di Paola”**

**Messina**

**Il/la/i sottoscritto/a/i esercente/i la potestà genitoriale in qualità di**

|  |  |
| --- | --- |
| **PADRE** | **ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MADRE** | **ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TUTORE** | **ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALUNNO/A** |  | | |
| Cognome |  | | |
| Nome |  | | |
| Luogo e data di nascita |  | | |
| Codice fiscale |  | | |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  | | |
| Iscritto alla classe |  | | |
| Settore | Infanzia | Primaria | Secondaria I Grado |

Esprime/Esprimono il consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali, della psicologa Dott.ssa Spadaro Laura e autorizzano la Dottoressa al trattamento dei dati personali e sensibili del/la minore raccolti per lo svolgimento della sua prestazione professionale all’interno dello sportello di ascolto psicologico attivato presso l’I.C. n° 14 “San Francesco di Paola”.

Data………………………………

**Firma**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Padre** | **Madre** | **Tutore** |
|  |  |  |

*\*Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale - consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*Tali prestazioni comportano operazioni di trattamento di dati personali, anche appartenenti alle particolari categorie di cui all’art.9, par. 1 del Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD), effettuate in qualità di titolare del trattamento dal professionista sanitario sopracitato esclusivamente per adempiere le finalità di assistenza e supporto psicologico agli alunni dell’Istituto, ai sensi dell’art. 9, par. 1, lett.h) e nel rispetto dei principi di cui all’art. 5 del RGPD.*

*In conseguenza di tali prestazioni, l’Istituto può effettuare ulteriori attività di trattamento di dati personali, finalizzati a sostenere il benessere psico-fisico dei propri alunni, nell’esecuzione dei propri compiti istituzionali in materia di istruzione e formazione, ai sensi dell’art. 6, par. 1, lett. E) e dei principi di cui all’art. 5 del RGPD.*