

## MODULO CONSENSO INFORMATO SOSTEGNO PSICOLOGICO

Il/La sottoscritto/a..... nato/a  
a.....il.....residente  
in.....Via.....  
.....in qualità di ..... (docente, ATA, genitore)  
dell'Istituto Comprensivo 2° Anagni dichiara di avere compreso quanto illustrato dalla professionista, così  
come sopra riportato, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla  
medesima, dott.ssa Psicologa Valentina Tabacchiera, così come sopra descritte.  
Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, il/la sottoscritto/a  
 FORNISCE IL CONSENSO  
 NON FORNISCE IL CONSENSO  
al trattamento dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.  
Luogo e data Firma

### ALUNNI

Il sottoscritto (nome e cognome) .....,  
nato a ..... il....., residente in.....  
via..... in qualità di Padre/Tutore legale/Affidatario  
La sottoscritta (nome e cognome) .....,  
nata a .....il....., residente in.....  
via..... in qualità di Madre/Tutore legale/Affidataria  
dell'alunno/a (nome e cognome) .....,  
nato/a a .....il.....residente in.....  
via.....  
iscritto/a per l'a.s.2023/2024 alla classe.....sez..... dell'I.C. 2° di Anagni,  
dichiarano di aver compreso quanto illustrato dalla professionista così come sopra riportato e decidono con  
piena consapevolezza di avvalersi, a favore del/della proprio figlio/a, delle prestazioni professionali rese dalla  
medesima, dott.ssa Valentina Tabacchiera, così come sopra descritte.  
Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, i sottoscritti  
 FORNISCONO IL CONSENSO  
 NON FORNISCONO IL CONSENSO  
al trattamento dei propri dati personali e di quelli del/della proprio/a figlio/a per tutte le finalità indicate  
nella presente informativa.

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

Firma della madre (\*) .....

Firma del padre (\*) .....