

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 ail....., residente in.....
via..... in qualità di Madre/Tutore legale/Affidataria
dell'alunno/a (nome e cognome),
nato/a ail.....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 (*)