

Consenso dell'esercente la potestà, in caso di trattamento dei dati sensibili di minore o incapace e autorizzazione per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico.

I sottoscritti _____ nati a _____ il _____ e residenti a _____, in qualità di esercenti la potestà genitoriale /tutor dell'alunno _____ frequentante la classe _____ indirizzo di studi _____, avendo preso visione dell'Informativa sulla privacy ed esaminato quanto descritto dalla titolare del trattamento ai sensi del Regolamento UE 2016/679, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati personali e/o sensibili di _____ necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'Informativa ed autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la dott.ssa Silvestri Valentina Psicologa Psicoterapeuta

_____, __/__/____

(luogo) (data)

Firma di entrambi i genitori

