

CONSENSO INFORMATO PER ACCESSO ALLO SPORTELLO DI COUNSELING

ALUNNI SCUOLA SECONDARIA DI 2° grado

a.s. 2023-2024

Il/I sottoscritto/i

- o Genitore/i
- o Adulti responsabili del minore

dell'alunno/a

.....

nato/a Il

frequentante il liceo "Pestalozzi" classe sez Plesso

DICHIARA/ DICHIARANO

1. di essere informato/i degli scopi e delle modalità di counseling dello Sportello interno alla scuola;
2. di essere a conoscenza che i dati personali e ogni tipo di informazione è trattata secondo quanto previsto dal D.Lgs. n.196/03 (Codice in materia di protezione di dati personali e della privacy) e al Regolamento U.E.2016/679 (G.D.P.R.);
3. di essere informato/i che non è previsto alcun vincolo da parte della scuola di rilascio di documentazione;

AUTORIZZA/ AUTORIZZANO
(in caso di necessità)

NON AUTORIZZA/NON AUTORIZZANO
(in caso di necessità)

l'alunno/a _____ all'accesso allo Sportello di **counseling** per incontri individuali con il **counselor** dello Sportello del liceo "Pestalozzi" di San Severo.

Firma del genitore

Firma del genitore

Dichiarazione in caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma dell'adulto responsabile del minore _____

San Severo, _____