

## CONSENSO CONSULENZE INDIVIDUALI

Si invitano gli studenti interessati e i genitori a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, inviandolo firmato e scansionato, all'indirizzo mail [sportello.psicologico@iscapizzi.edu.it](mailto:sportello.psicologico@iscapizzi.edu.it)

Alla cortese attenzione della Dirigente Scolastica  
dell'IISS "Ven. Ignazio Capizzi" Bronte

### PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

#### MAGGIORENNI

Il Sig./la Sig.ra .....

identificato/a mediante documento .....n° .....

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla/del dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto. Dichiaro, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data

Firma

#### MINORENNI

Il Sig./la Sig.ra .....

identificato/a mediante documento .....n° .....

madre/genitore1/tutore del/della minorenni.....

Classe.....

Nata/o a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n°.....

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto. Dichiaro, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data

Firma madre / genitore 1 / tutore

Il Sig./la Sig.ra .....

identificato/a mediante documento .....n° .....

madre/genitore2/tutore del/della minorenn.....

Classe.....

Nata/o a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza ..... n.....

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla/del dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto. Dichiaro, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data

Firma madre / genitore 2 / tutore

Il/la sottoscritt\_\_\_, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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

Luogo e data

Firma genitore