



ISTITUTO COMPRENSIVO MONTECORVINO PUGLIANO

CONSENSO PARTECIPAZIONE SPORTELLLO PSICOLOGICO

Il sottoscritto _____,
nato il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ Via _____ prov. _____ e-mail _____
tel. _____

genitore/tutore dell'alunno _____ nato a _____ il _____
frequentante la classe _____ Sez. _____ Scuola _____

Il sottoscritto docente/collaboratore _____
nato il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ Via _____ prov. _____ e-mail _____
tel. _____

Con la sottoscrizione della presente dichiara:

- di essere a conoscenza delle attività previste nell'ambito del Progetto.
- di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali
- di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.

Ed esprimono il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del progetto "Save" (Progetto "Centro territoriale di Inclusione Sele Picentini S4" C.U.P. F31E18000110008 – SURF 17076AP000000053 COD. UFF. 52 Asse II Obiettivo specifico 6, azione 9.1.2. a)servizi di sportello alle famiglie)

_____, li ___/___/2021

firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma