**Allegato A**

**CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO PSICOLOGICO E PSICO-PEGAGOGICO**

**(Studenti minorenni)**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , genitori/affidatari dell'alunn \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_ sezione \_\_\_ del Liceo Tommaso Gullì, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato la circolare, acquisite le informazioni fornite,

**DICHIARANO**

di essere a conoscenza delle attività e delle finalità previste dalla consulenza psicologica e psico-pedagogica e di esprimere il consenso alla partecipazione del proprio figlio alle attività programmate all’interno del progetto “Sportello d’ascolto e assistenza psicopedagogica in relazione alla prevenzione e al trattamento delle situazioni di disagio”.

Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore (leggibile e per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore (leggibile e per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell’informativa e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D.Lgs 101/2018.

Firma del genitore (leggibile e per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore (leggibile e per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_