**Allegato B**

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

**(Studenti maggiorenni)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ avendo letto, compreso ed accettato la circolare, acquisite le informazioni fornite,

**DICHIARA**

di essere a conoscenza delle attività e delle finalità previste dalla consulenza psicologica e psico-pedagogica e di esprimere il consenso alla partecipazione 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 (leggibile e per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_