hAl Dirigente scolastico Istituto Comprensivo di Ozieri
prof. Paolo Carta

CONSENSO PARTECIPAZIONE MINORI
SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Il sottoscritto genitore/tutore _____,
nato il_____a _____prov._____
residente a _____Via _____prov._____
e-mail_____tel._____

Il sottoscritto genitore/tutore _____,
nato il_____a _____prov._____
residente a _____Via _____prov._____
e-mail_____tel._____
dell'alunno _____nato a_____il_____
frequentante la classe_____ Sez._____Scuola_____

(*specificare la sede*) _____

DICHIARANO

- di essere a conoscenza del Progetto "Progressi- linea AIUTIAMOCI"- attivato presso l'Istituto Comprensivo di Ozieri frequentato dal figlio/a, nel corrente anno scolastico 2025/2026
- di aver preso visione dell'Informativa predisposta dalla Scuola per illustrare le attività previste all'interno del Servizio, anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali (Informativa sulla privacy pubblicata sul registro elettronico e sul sito web dell'Istituto).
- di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del Servizio potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini dello stesso.

☐ **Esprimono il consenso a far partecipare il proprio figlio/a allo Sportello d'ascolto psicologico, in presenza e/o modalità a distanza, e a usufruirne direttamente in qualità di genitori.**

Lì,_____

Firma----------firma----------

☐ **NON ESPRIMONO IL CONSENSO**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzano il trattamento dei dati personali, necessario per la 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 Firma

---------- ----------