

**CONSENSO PARTECIPAZIONE – GENITORI**  
**Progetto “Sportello di ascolto psicologico”**

Al Dirigente scolastico  
dell’Istituto Comprensivo  
di Genzano di Lucania

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di  genitore/esercitante la responsabilità genitoriale  tutore  affidatario, dell’alunno

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione della presente dichiara:

di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020/2021 presso l’Istituto Comprensivo di Genzano di Lucania nell’ambito del Progetto **“Sportello d’ascolto psicologico”**

- 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 consapevole 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.

Data , \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
**Allegare al presente Documento la fotocopia della Carte di Identità**