

CONSENSO PARTECIPAZIONE – GENITORI
Progetto “Sportello di ascolto psicologico”

Al Dirigente scolastico
dell’Istituto Comprensivo
di Genzano di Lucania

l 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