

**Io sottoscritto**

1) Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n. di cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in qualità di:

Genitore dell'alunno/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

Docente

Plesso \_\_\_\_\_ Classi \_\_\_\_\_  
Materia \_\_\_\_\_

Personale scolastico non docente

in caso di coppia genitoriale, **altro genitore**

2) Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n. di cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato, per proprio conto

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime/ono il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Diana Ferma presso lo Sportello Psicologico attivato dall'Istituto Comprensivo "Lina Mandelli"

FORNISCE/ONO IL CONSENSO       NON FORNISCE/ONO IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime/ono il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE/ONO IL CONSENSO       NON FORNISCE/ONO IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma 1 \_\_\_\_\_

Firma 2 \_\_\_\_\_