ISTITUTO COMPRENSIVO CERESARA

Comuni di Casaloldo – Ceresara – Gazoldo degli Ippoliti– Piubega
Via Roma 53 - 46040 CERESARA (MN) TEL. 0376/87030 - FAX 0376/879028
C.M. MNIC80200G - C.F. 90011520203 – Codice Univoco UFVBJG
Sito internet: www.icceresara.edu.it posta certificata: mnic80200g@pec.istruzione.it
E-mail: mnic80200g@istruzione.it - segreteria@icceresara.edu.it

Scusate il disordine, siamo impegnati a imparare

MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER GLI INTERVENTI DI CLASSE DELLO PSICOLOGO

Il sottoscritto _____ genitore del/della minore/a_____
Nato/a_____il_____
residente in _____ via/piazza _____
cap_____e-mail_____
CF_____tel/cell_____

Il sottoscritto _____ genitore del/della minore/a_____
Nato/a_____il_____
residente in _____ via/piazza _____
cap_____e-mail_____
CF_____tel/cell_____

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore _____
nato/a _____ a_____ il _____ residente in Via _____cap_____
CF_____
frequentante la classe_____ della Scuola_____

- **Letta, compresa e sottoscritta** l'Informativa qui presente sul trattamento dei dati personali riportata dal titolare ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/16, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati sensibili di cui all'art. 9 del GDPR 679/16 e ricevute tutte le informazioni necessarie rispetto alle modalità ed alle finalità dell'attività di osservazione;
- **Dichiarando** di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei confronti del minore:

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

Firmato digitalmente da ANNA RACCUIA

ISTITUTO COMPRENSIVO CERESARA

Comuni di Casaloldo – Ceresara – Gazoldo degli Ippoliti– Piubega
Via Roma 53 - 46040 CERESARA (MN) TEL. 0376/87030 - FAX 0376/879028
C.M. MNIC80200G - C.F. 90011520203 – Codice Univoco UFVBJG
Sito internet: www.icceresara.edu.it posta certificata: mnic80200g@pec.istruzione.it
E-mail: mnic80200g@istruzione.it - segreteria@icceresara.edu.it

Scusate il disordine, siamo impegnati a imparare

La Dott.ssa Eleonora Pezzo, Psicologa Clinica iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia (n°25026), ad effettuare INTERVENTI PSICOEDUCATIVI IN CLASSE frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza. La Psicologa, qualora lo ritenga opportuno, effettuerà una trascrizione e condivisione agli insegnanti della scuola di una relazione sintetica scritta inerente i contenuti dell'intervento effettuato, la quale verrà conservata presso la Segreteria dell'Istituto Comprensivo.

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

Luogo, data _____

* FIRMA _____

* FIRMA _____

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori
(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà/affidatari/tutori

* Il/La sottoscritto/a genitore consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono "il consenso di entrambi i genitori".

Firmato digitalmente da ANNA RACCUIA