MODULO CONSENSO INFORMATO SOSTEGNO PSICOLOGICO

**PERSONALE SCOLASTICO (DOCENTI E ATA), GENITORI**

Il/La sottoscritto/a. ............................................................. nato/a a .................................................. il ......................... residente in ................................................ Via ...................................................................................in qualità di ............................................................... (docente, ATA, genitore) dell’Istituto IS Boccardi Tiberio di Termoli (CB) dichiara di avere compreso quanto illustrato dalla professionista, così come riportato nell’informativa allegata alla circolare, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla medesima, dott.ssa Psicologa d’Aulerio M.,

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, il/la sottoscritto/a

 FORNISCE IL CONSENSO

 NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella informativa consultabile al link <https://iisboccarditiberio.edu.it/site/privacy-policy-2-2/>

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