



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA

ISTITUTO COMPRENSIVO MARTIRI DELLA LIBERTA'

20099 SESTO SAN GIOVANNI (MI) – VIA F. CAVALLOTTI, 88 – Tel. 02365831

website: <http://www.ic-martiridellaliberta.gov.it/>

indirizzi mail: segreteria@ic-martiridellaliberta.gov.it – miic8a5005@pec.istruzione.it - miic8a5005@istruzione.it

“SPORTELLO PSICOPEDAGOGICO DI ASCOLTO”

Consenso al trattamento di dati sensibili del minore

Il/la sottoscritto/a:

1) COGNOME _____ NOME _____
Nato a _____ (____) il _____ e residente
in _____ Via _____ telefono _____

2) COGNOME _____ NOME _____
Nato a _____ (____) il _____ e residente
in _____ Via _____ telefono _____

In qualità di esercente/i la potestà genitoriale/tutoria sul
minore _____

Frequentante la sezione/classe _____ della Scuola:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> infanzia Monte san Michele | <input type="checkbox"/> infanzia Marelli |
| <input type="checkbox"/> primaria Martiri della Libertà | <input type="checkbox"/> primaria Barnaba Oriani |
| <input type="checkbox"/> secondaria di 1° grado don LorenzoMilani | |

AUTORIZZA/AUTORIZZANO : il/la proprio/a figlio/a ad avvalersi del servizio di consulenza psicologica (solo scuola primaria e sup. di 1°grado) nel rispetto delle normative Covid-19.

DICHIARA/DICHIARANO di aver preso visione dell'informativa privacy relativa alle attività dello “Sportello Psicopedagogico” pubblicata nel sito dell'Istituto Comprensivo “Martiri della Libertà”.

AUTORIZZA/AUTORIZZANO il trattamento dei dati personali sensibili del proprio/a figlio/a necessari per lo svolgimento del servizio di consulenza psicopedagogica fornita dallo Sportello di Ascolto.

Sesto San Giovanni _____

FIRMA leggibile di entrambi i genitori _____
