|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\PINTORI.MARCONI\Downloads\images.jpg | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE****“G. MARCONI”**Scuola dell’Infanzia, Primaria eSecondaria di 1°grado**–** 84091 - Battipaglia (SA) - |  |
| **Codice Fiscale: 91050600658** | **Sito internet:** [www.icmarconibattipaglia.edu.it](http://www.icmarconibattipaglia.edu.it)  | **Codice Meccanografico**: SAIC8AD009 |
| **Ambito:** DR Campania - SA- 26 | **E-mail:** saic8ad009@istruzione.it  | **Indirizzo:** Via Ionio Snc |
| **Telefono:** 0828 371200**Fax:** 0828679927 | **P.E.C.**: saic8ad009@pec.istruzione.it  | **Codice Unico Ufficio:** UFCGWI |

## CONSENSO PARTECIPAZIONE “SPORTELLO DI ASCOLTO”

**GENITORI**

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il \_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_

e- mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il \_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_

e- mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell'alunno nato a il frequentante la classe Sez. Scuola

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

* di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2023/2024 presso l'Istituto Comprensivo Statale “G. Marconi” - di Battipaglia (SA) tra cui le attività di sportello di ascolto e di consulenza psicologica;
* 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 consapevoli 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;

* esprimono il consenso a partecipare alle attività individuali di sportello di ascolto

Battipaglia,

# Firma dei genitori

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell’informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Battipaglia,

# Firma dei genitori