



 <b>MIM</b> Ministero dell'Istruzione e del Merito	<b>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE          "G. MARCONI"</b> Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado - 84091 - Battipaglia (SA) -	
<b>Codice Fiscale: 91050600658</b>	<b>Sito internet: <a href="http://www.icmarconibattipaglia.edu.it">www.icmarconibattipaglia.edu.it</a></b>	<b>Codice Meccanografico: SAIC8AD009</b>
<b>Ambito: DR Campania - SA- 26</b>	<b>E-mail: <a href="mailto:saic8ad009@istruzione.it">saic8ad009@istruzione.it</a></b>	<b>Indirizzo: Via Ionio Snc</b>
<b>Telefono: 0828 371200</b>	<b>P.E.C.: <a href="mailto:saic8ad009@pec.istruzione.it">saic8ad009@pec.istruzione.it</a></b>	<b>Codice Unico Ufficio: UFCGWI</b>

## CONSENSO PARTECIPAZIONE PROGETTO SPORTELLO DI ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA

### ALUNNO

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 2024/2025 presso l'Istituto Comprensivo Statale "G. Marconi" di Battipaglia (SA) frequentato dall'alunno tra cui anche attività di sportello di ascolto e 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 alla partecipazione del proprio figlio/a alle attività di sportello individuali.

Battipaglia, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà\*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

**N.B. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato dalla L.n. 54 del 08/02/2016)**

## 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 o di chi esercita la patria potestà\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

**N.B. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato dalla L.n. 54 del 08/02/2016)**