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

CONSENSO PARTECIPAZIONE "SPORTELLO DI ASCOLTO E DI CONSULENZA PSICOLOGICA" DOCENTE/PERSONALE ATA

Il sottoscritto_____, nato il_____

a_____prov. _____residente a _____

Via_____ prov._____ tel._____

e- mail_____

Con la sottoscrizione della presente dichiara:

- di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2025/2026 presso l'Istituto Comprensivo Statale "G. Marconi" - di Battipaglia (SA tra cui le 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 consapevole 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;
- esprime il consenso a partecipare alle attività di sportello individuali.

Battipaglia, _____ Firma

_____

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

_____