

## SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO

### Consenso dell'esercente la potestà ad usufruire del servizio e al trattamento dei dati

#### CONSENSO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre/tutore)  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ (madre/tutore)  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

#### In qualità di genitori /legali tutori del minore:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Preso visione dell'informativa privacy sopra esposta, forniamo il nostro consenso al fatto che il minore possa usufruire dei servizi di sportello psicologico e forniamo il nostro consenso all'utilizzo dei dati del minore;

Siamo consapevoli di poter richiedere in qualunque momento la variazione/revoca ai consensi forniti, di poter richiedere copia di tutti i dati presenti e di richiederne la modifica o la cancellazione.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_