

MODULO COMUNICAZIONE DI ATTIVITA' SPECIALISTICHE IN AULA

I sottoscritti genitori del/la minore _____
nato/a _____ il _____
frequentante la classe _____ sezione _____ dell'Istituto _____
di _____

DICHIARANO

di aver preso conoscenza dell'attività "SUPPORTO PSICOLOGICO" gestito dal Dott.ssa Tomasi Samantha (di seguito indicato come "specialista") e della finalità che questa funzione intende perseguire al fine di Contrastare la dispersione scolastica

e, in particolar modo, della necessità di effettuare osservazioni e interventi all'interno della classe ed eventuali consulenze psicologiche individuali e/o di gruppo

Allegato alla presente: informativa sul trattamento dei dati, redatta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR).

La Sig.ra madre del minorene.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
recapito telefonico.....

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorene.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
recapito telefonico.....

Luogo e data

Firma del padre

Il/la sottoscritt _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____, _____ Firma del genitore _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___

Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)

residente a

in via/piazzan.....

recapito telefonico.....

Luogo e data

Firma del tutore