



Al Dirigente Scolastico

del Liceo Classico Statale "Pilo Albertelli" – Roma

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

anno scolastico _____

■ STUDENTE MAGGIORENNE

Il/La sottoscritto/a _____ Classe _____ nato/a il _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato nella circolare n. _____ relativa a _____ e nella piena consapevolezza presta il proprio consenso all'accesso alle prestazioni rese dal/dalla Dott./Dott.ssa _____

Luogo e Data _____

Firma _____

■ STUDENTE MINORENNE

Noi sottoscritti _____ e _____ genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____ Classe _____ dichiariamo di aver compreso quanto illustrato nella circolare n. _____ relativa a _____ e nella piena consapevolezza autorizziamo l'accesso alle prestazioni rese dal/dalla Dott./Dott.ssa _____

Luogo e Data _____

Firma genitore _____

Firma genitore _____

■ PERSONA SOTTO TUTELA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ in qualità di tutore/affidatario del/della minore _____ classe _____ in ragione di (indicare provvedimento, autorità emanante, data e numero) _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato nella circolare n. _____ relativa a _____ e nella piena consapevolezza autorizza l'accesso alle prestazioni rese dal/dalla Dott./Dott.ssa _____

Luogo e Data _____

Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 Reg. UE 2016/679)

Il Titolare del trattamento è il Liceo Classico Statale "Pilo Albertelli" – Roma, nella persona del Dirigente Scolastico pro tempore. I dati personali sono trattati esclusivamente per finalità connesse all'erogazione delle prestazioni relative alla circolare indicata, nel rispetto dei principi di liceità e riservatezza.

L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del GDPR. I colloqui sono coperti da segreto professionale ai sensi del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.