

**CONSENSO PARTECIPAZIONE SPORTELLLO PSICOLOGICO
PERSONALE SCOLASTICO E
GENITORI**

Progetto "Sportello d'ascolto psicologico"

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a
il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ Via _____ prov. _____
e-mail _____ tel. _____

- ☐ Insegnante
- ☐ Collaboratore Scolastico
- ☐ Assistente Amministrativo
- ☐ Genitore

Con la sottoscrizione della presente dichiara:

- di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2025/2026 presso l'I.C. "FRACASSETTI-CAPODARCO" (FERMO) nell'ambito del Progetto "Psicologia Scolastica"
- 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, al link: <https://www.iscfracassetticapodarco.edu.it/documenti-privacy/>
- 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,

Fermo, lì _____

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.

firma
