

Progetto “Sos Adolescenti - una scuola in ascolto”
A.S. 2023-2024: dichiarazione consenso informato
valido per tutto il corso di studio per studenti monorenni

Da restituire alla Dott.ssa Rigliaco Tatiana al primo colloquio concordato, compilato in tutte le sue parti e firmato da entrambi i genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale o da fornire all'insegnante di classe **che poi provvederà comunque a farlo pervenire alla Dottoressa Rigliaco.**

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
identificato mediante (*) documento n° _____
rilasciato da _____ il _____

e io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
identificato mediante (*) documento n° _____
rilasciato da _____ il _____

esercenti la responsabilità genitoriale per l'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della Scuola Secondaria _____,
diamo il nostro consenso – anche in relazione al trattamento dei suoi dati personali, ivi compresi quelli relativi alla salute – affinché nostro figlio/a possa accedere allo Spazio di Ascolto, condotto dalla Dott.ssa Rigliaco Tatiana, relativo alle finalità dello sportello “SOS adolescenti: una scuola in ascolto” dell'I.I.S. Bassi- Burgatti, Cento.
Cento _____

Firme degli esercenti la responsabilità genitoriale

Padre _____ Madre _____

In caso di firma di un solo genitore è necessario compilare la dichiarazione che segue
“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e del 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”

Data..... Firma di un solo genitore.....

SE LE ATTIVITA' PREVISTE NEL PROGETTO DOVESSERO SVOLGERSI A DISTANZA PER CONTRASTARE LA DIFFUZIONE DI COVID-19

- le consulenze a distanza avverranno per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
- i colloqui non saranno registrati né in audio né in video. In caso contrario è necessario un consenso specifico da parte e/o del professionista e/o dei genitori del/della minore;
- le prestazioni verranno rese attraverso le piattaforme online e lo strumento tecnologico utilizzati sarà la videochiamata su Pc o tablet o smartphone.

(*)N.B. Si prega allegare copia dei documenti di riconoscimento

Progetto “Sos Adolescenti - una scuola in ascolto”

A.S. 2023-2024: dichiarazione consenso informato

Valido per tutto il corso di studio

Nel caso di utenti maggiorenni.

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
identificato mediante (*)documento n° _____
rilasciato da _____ il _____

frequentante la classe _____ della Scuola Secondaria _____,

do il mio consenso – anche in relazione al trattamento dei miei dati personali, ivi compresi quelli relativi alla salute – affinché possa accedere allo Spazio di Ascolto, condotto dalla Dott.ssa Rigliaco Tatiana

Cento _____

Firma

SE LE ATTIVITA' PREVISTE NEL PROGETTO DOVESSERO SVOLGERSI A DISTANZA PER CONTRASTARE LA DIFFUZIONE DI COVID-19

-
- le consulenze a distanza avverranno per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
 - i colloqui non saranno registrati né in audio né in video. In caso contrario è necessario un consenso specifico da parte e/o del professionista e/o dei genitori del/della minore;
 - le prestazioni verranno rese attraverso le piattaforme online e lo strumento tecnologico utilizzati sarà la videochiamata su Pc o tablet o smartphone.

(*)N.B. Si prega allegare copia dei documenti di riconoscimento

