



PROGETTO "SOS ADOLESCENTI: UNA SCUOLA IN ASCOLTO"

A.S. 2024-2025: 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

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