

**Mod. B1 Consenso x MINORI**

**AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO AL SERVIZIO  
DI SPORTELLO SCOLASTICO DI ASCOLTO E CONSULENZA PSICO PEDAGOGICO**

Io sottoscritto/a .....

Io sottoscritto/a .....

in quanto esercente la potestà genitoriale sul minore .....

**AUTORIZZO**

la partecipazione di mio figlio/a al servizio di "Sportello di ascolto psicopedagogico" scuola \_\_\_\_\_ nel corrente anno scolastico a cura di Promopsi Cooperativa Sociale.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Io sottoscritto/a Tutore/Genitore .....

Io sottoscritto/a Tutore/Genitore .....

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa (Mod. A) fornitami dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento EU 2016/679 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati.

I sottoscritti, quali esercenti la potestà genitoriale sul minore ..... esprimono il consenso al trattamento dei propri dati e dei dati del minore, anche per la loro eventuale comunicazione a terzi nei limiti indicati nell'informativa.

Data

Firma Tutore/Genitore .....

Firma Tutore/Genitore .....

SETTORE 1 - SERVIZI ALLA PERSONA

(Nel caso di genitori separati è prevista la firma di entrambi i genitori ai sensi dell' art. 155 Codice Civile, modificato dalla legge 8.2. 2006, n. 54 )