

MODULO CONSENSO INFORMATO SOSTEGNO PSICOLOGICO

PERSONALE SCOLASTICO (DOCENTI E ATA), GENITORI

Il/La sottoscritto/a nato/a a il
..... residente in Via
.....in qualità di
(docente, ATA, genitore) del Liceo Statale G. M. Dettori di Tempio P. dichiara di avere compreso quanto
illustrato dalla professionista, così come riportato nell'informativa allegata alla circolare, e decide con
piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla medesima, dott.ssa Psicologa
Congiu M.P.,

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, il/la sottoscritto/a

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella informativa allegata alla
circolare.

Luogo e data Firma _____