Modulo per la dichiarazione di consenso informato per interventi connessi al progetto Sportello Help

Vista la determina del Dirigente Scolastico prot. N. 3298 del 18/11/2020 con la quale si indice la necessità di procedere all'affidamento del servizio di PSICOLOGO SCOLASTICO e servizio di SPORTELLO HELP A.S.2020/21; presso **l'Istituto A. LOMBARDI, Via Largo Capone, Airola, Bn**

Il sottoscritto …….……...nato a ……..... Prov ……. il ……..……residente a ……..Prov…… in via..... ……..……cap ……

In qualità di padre/affidatario/tutore

La sottoscritta ……. nata a …….……. Prov ……il ..... …….. …… residente a ……. Prov …….. in via ……. cap …….……

In qualità di madre/affidataria/tutore

Opzione maggiorenne:
Il/La sottoscritto/a ……..……nato/a a…….…….. Prov ……il …….……residente a …….…….. frequentante l'Istituto Superiore A. Lombardi di Airola

Indirizzo ……. classe…….… sez …….....

In virtu' del D.lgs 196/2003

- Acconsentiamo
- Non acconsentiamo
- Acconsente

Alla partecipazione di nostro figlio…….....frequentante l'Istituto Superiore A. Lombardi di Airola e al trattamento dei dati del minore anche tramite immagini e foto.
Indirizzo……. classe …….…… sez …….…….
-Acconsente al trattamento dei propri dati (opzione maggiorenne) anche tramite immagini e foto, per usufruire degli interventi connessi al progetto denominato "Sportello Help"

Telefono: …….
Firma del padre……. Firma della madre…….……..
Firma dello studente ……..……..
Si allegano i documenti di riconoscimento.
Tale consenso svincola l'esperta …… e l'Istituto Lombardi, da qualsiasi responsabilità.

L'autorizzazione dovrà essere inviata all'indirizzo email: sportellohelp@iislombardi.edu.it.