



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO**

ISTITUTO COMPRENSIVO CAMPAGNA CAPOLUOGO  
Scuola Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado Via Provinciale per Acerno - 84022 CAMPAGNA (SA)  
e-mail: [SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT](mailto:SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT) - sito internet: [www.iccampagnacapoluogo.edu.it](http://www.iccampagnacapoluogo.edu.it)  
Tel/Fax: 0828/241258 - Cod. Meccanografico: SAIC8BJ00C- C.F. 91053340658

**MODULO ADESIONE SPORTELLO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA  
MINORI e CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, in qualità di genitori/tutori/affidatari del minore \_\_\_\_\_, dell'Informativa privacy sportello di psicologia scolastica prot. n.957 del 24/02/2025, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello di psicologia scolastica e al trattamento dei dati personali, prestano il CONSENSO al trattamento dei dati e AUTORIZZANO il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa Chiaviello Daniela, secondo le modalità concordate con la prof.ssa Luongo Filomena, referente del progetto e la psicologa.

**PER LE FINALITÀ DI CUI AL PUNTO 3.2:**

- Acconsentiamo al trattamento dei dati  Non Acconsentiamo al trattamento dei dati

**Questo consenso dovrà ritenersi valido fino a mia eventuale revoca.**

**In caso di firma singola:** Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 *ter* e 337 *quater* del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data

Firma leggibile

Firma leggibile

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il genitore unico firmatario/tutore: \_\_\_\_\_

**oppure**

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoria

\_\_\_\_\_