

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov _____ il ___/___/_____ e residente in _____ Prov _____
via/piazza _____ n. ____, madre dell'alunno/a _____,
frequentante la classe _____ scuola _____ plesso _____

DICHIARA

e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere/partecipare alle attività professionali rese dall'esperta psicologa alla Scuola secondo quanto specificato sopra.

Acconsento al trattamento dei dati sensibili del minore _____
necessarie per lo svolgimento delle operazioni elencate nell' informativa.

Luogo e data

Firma
