



**Da riconsegnare a scuola entro martedì 24 settembre 2024 alle insegnanti**

**ISTITUTO COMPrensIVO “MARGHERITA HACK” – SCUOLA DELL’INFANZIA**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO SULLE PRESTAZIONI PSICOLOGICHE**

Nel presente modulo potete apporre una crocetta sugli interventi ai quali autorizzate la partecipazione dei vostri figli. La scelta varrà per l'intero periodo di frequenza alla scuola dell'infanzia. Si ricorda che in qualsiasi momento i genitori hanno facoltà di modificare la scelta espressa con il presente modulo contattando il coordinatore del progetto, Dott. Lorenzo Sacchi. La compilazione e la consegna puntuale delle autorizzazioni sono fondamentali perché il progetto possa essere una efficace risorsa per il benessere dei bambini; pertanto vi chiediamo di **compilare la modulistica in ogni sua parte e consegnarla entro i termini indicati. Nel sito dell'IC potrete trovare maggiori dettagli relativi alle azioni di seguito elencate e previste dal Servizio, i contatti degli esperti, l'informativa privacy e il consenso informato.**

**Dati Anagrafici**

Nome e Cognome del Minore \_\_\_\_\_

Nome e Cognome Genitori \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Telefono di Casa \_\_\_\_\_ Cellulare di un genitore \_\_\_\_\_

Indirizzo e- Mail (*in stampatello maiuscolo*) \_\_\_\_\_

sottoscriviamo il consenso per le eventuali prestazioni professionali erogate nei prossimi 3 anni:

- **Osservazioni delle dinamiche relazionali del gruppo classe**
- **Osservazione logopedica dedicato ai bambini e alle bambine di 5 anni**

**Acconsentiamo**

**Non acconsentiamo**

Firma genitori \_\_\_\_\_

Dichiariamo di aver preso visione delle modalità di svolgimento del servizio, del “Consenso informato consulenza psicologia” e dell’Informativa sul trattamento dei dati personali, postato nel sito dell’Istituto Comprensivo “M. Hack”. Dichiariamo di prestare il consenso al trattamento dei dati personali, nostri e di nostro figlio, in particolare in riferimento a quelli sensibili, consapevoli che, qualora non prestassimo il consenso, il Servizio non potrà essere erogato.

Firma genitori \_\_\_\_\_

**Da compilare in caso di presenza di un solo genitore:**

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercitante la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Assago il, \_\_\_\_\_