



Ministero dell'Istruzione

Istituto di Istruzione Superiore "Vittorio Bachelet"

Cod. Ministeriale MIIS003003

Istituto Tecnico Commerciale - Liceo Linguistico – Liceo Scientifico – Liceo delle Scienze Umane

Via Stignani, 63/65 – 20081 Abbiategrasso – Mi

02/9464236 – Fax 02/94960073 - Cod. Fiscale 90000430158

e-mail: segreteria@iisbachelet.it - PEC: MIIS003003@pec.istruzione.it

Ricevuta dell'informativa e consenso al trattamento dei dati personali relativamente al servizio di Sportello di Ascolto Psicologico

Per le sottoscrizioni compilare solo il riquadro appropriato

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e dall'Istituto, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa **Benedetta Seghetti** presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di consulenza di carattere psicologico.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra/ Il sig _____ madre/padre del minore _____
Frequentante la classe _____ sezione _____ indirizzo di studio _____
Nata/o a _____ il ___/___/___ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa **Benedetta Seghetti** presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di consulenza di carattere psicologico

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

La Sig.ra/Il sig _____ madre/padre del minore _____
Frequentante la classe _____ sezione _____ indirizzo di studio _____
Nata/o a _____ il ___/___/___ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa **Benedetta Seghetti** presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di consulenza di carattere psicologico

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

N.B.: si richiede la firma di entrambi i genitori che esercitano la responsabilità genitoriale di studente minorenni



Ministero dell'Istruzione

Istituto di Istruzione Superiore "Vittorio Bachelet"

Cod. Ministeriale MIIS003003

Istituto Tecnico Commerciale - Liceo Linguistico – Liceo Scientifico – Liceo delle Scienze Umane

Via Stignani, 63/65 – 20081 Abbiategrasso – Mi

02/9464236 – Fax 02/94960073 - Cod. Fiscale 90000430158

e-mail: segreteria@iisbachelet.it - PEC: MIIS003003@pec.istruzione.it

Ricevuta dell'informativa e consenso al trattamento dei dati personali relativamente al servizio di Sportello di Ascolto Psicologico

Per le sottoscrizioni compilare solo il riquadro appropriato

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ / ____ / _____
Tutore del minore _____ in ragione di _____ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)
residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa **Benedetta Seghetti** presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di consulenza di carattere psicologico

Luogo e data _____ Firma del tutore _____