



**ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE  
"ALESSANDRO ARTOM"**



**SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO**

**Consenso dell'esercente la responsabilità genitoriale**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre/tutore)  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
La sottoscritta \_\_\_\_\_ (madre/tutrice)  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
In qualità di genitori /legali tutori del minore: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Preso visione dell'informativa privacy sopra esposta, forniamo il nostro consenso al fatto che il minore possa usufruire dei servizi di sportello psicologico;

firme (di entrambi genitori/tutori) \_\_\_\_\_ .

Inoltre, presa visione dell'informativa privacy sopra esposta, forniamo il nostro consenso all'utilizzo dei dati del minore come di seguito indicato:

a) per gestire i rapporti volti all'espletamento della fornitura dei servizi che sono stati proposti; firme (di entrambi genitori/tutori) \_\_\_\_\_

b) per eventuali contatti (telefonici, via fax, via posta ordinaria, via e-mail, ecc.); firme (di entrambi genitori/tutori) \_\_\_\_\_

Siamo consapevoli di poter richiedere in qualunque momento la variazione/revoca ai consensi forniti, di poter richiedere copia di tutti i dati presenti e di richiederne la modifica o la cancellazione. La richiesta dovrà avvenire a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo: [atff01000t@pec.istruzione.it](mailto:atff01000t@pec.istruzione.it) Infine **AUTORIZZIAMO** il/la minore, qualora ne avvertisse la necessità, ad usufruire dei colloqui con la **Psicologa Dott.ssa Criniti Teresa**, e/o a partecipare ad eventuali interventi attivati sul gruppo classe per l'espletamento di tutte le attività previste dal progetto **"Sportello di ascolto psicologico"** (osservazioni sulla classe, colloqui individuali, somministrazione di test e questionari ecc.) .

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma padre/tutore \_\_\_\_\_

Firma madre/tutrice \_\_\_\_\_

Via Romita n. 42 - **14100 Asti** ☎ 0141 1771650



**Sezione staccata di CANELLI:** Via Asti, 16/18 - 14053 CANELLI ☎ / 📠 0141 822839

**E-mail:** [atff01000t@istruzione.it](mailto:atff01000t@istruzione.it) **PEC:** [atff01000t@pec.istruzione.it](mailto:atff01000t@pec.istruzione.it)

**[www.itisartom.edu.it](http://www.itisartom.edu.it)**



**Cod.Mecc.:** ATFF01000T

**C.F.:** 80005460052

**Cod.Univoco:** UF59MN



**ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE  
"ALESSANDRO ARTOM"**



**CONSENSO INFORMATO MAGGIORENNI**

Il/La sottoscritto/a ..... dichiara di aver preso visione della informativa sopra riportata ed aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla **Dott.ssa Criniti Teresa** presso lo **Sportello di ascolto psicologico** istituito dall'Istituto Artom.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Nota: il personale della scuola, i genitori, gli studenti maggiorenni che intendono usufruire del servizio devono compilare esclusivamente il Consenso informato maggiorenni; affinché gli studenti minorenni possano usufruire del servizio dello sportello di ascolto occorre la compilazione in tutte le sue parti e le firme di entrambi i genitori ( o i tutori) del Consenso dell'esercente la responsabilità genitoriale.*

Via Romita n. 42 - **14100 Asti** ☎ 0141 1771650



**Sezione staccata di CANELLI:** Via Asti, 16/18 - 14053 CANELLI ☎ / 📠 0141 822839  
E-mail: [attf01000t@istruzione.it](mailto:attf01000t@istruzione.it) PEC: [attf01000t@pec.istruzione.it](mailto:attf01000t@pec.istruzione.it)

**[www.itisartom.edu.it](http://www.itisartom.edu.it)**



**Cod.Mecc.:** ATTF01000T **C.F.:** 80005460052 **Cod.Univoco:** UF59MN