



**ISTITUTO OMNICOMPENSIVO  
SAN DEMETRIO CORONE - COSENZA - ITALY  
SHKOLLA E BASHKUAR SHEN MITER KORONE**

*Dirigenza ed Uffici Amministrativi  
Via Dante Alighieri n°146 – 87069 San Demetrio Corone (CS)  
Drejtım dhe Fushe Administrative*

*Uda Dante Alighieri n°146 – 87069 Shen Miter Korone (CS)  
Tel.+39 0984 956086 – Fax +39 0984 910723- Codice Fiscale: 97022490789  
Mail PEC Scuola: [cspc060008@pec.istruzione.it](mailto:cspc060008@pec.istruzione.it) Mail Liceo: [cspc060008@istruzione.it](mailto:cspc060008@istruzione.it)  
Mail Comprensivo: [csic83200n@istruzione.it](mailto:csic83200n@istruzione.it) - Sito Web: [www.iosandemetrio.edu.it](http://www.iosandemetrio.edu.it)  
Santa Sofia d'Epiro Tel. 0984957020 - San Giorgio A. Tel. 098386103  
Vaccarizzo A. Tel. 098384095- San Cosmo A. Tel. 098384060*



Prot. n. ro \_\_\_\_/V.6

San Demetrio Corone, \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

Al Dirigente scolastico dell'Istituto in indirizzo  
SEDE

**Oggetto: Allegato a)**

**Modulo Consenso informato per Prestazioni inerenti allo Sportello Psicologico**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, identificato, mediante documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  Padre/Tutore

Io sottoscritta \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, identificata, mediante documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  Madre/Tutrice

dello/a studente/essa \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_, sez. \_\_\_\_, Ordine Scuola Infanzia, Primaria, Secondaria di I/ II grado dell'Istituto in  
intestazione, plesso/comune \_\_\_\_\_

nella consapevolezza della Tutela dei Dati Privacy (Dlvo n.ro 196/2003), in virtù della podestà genitoriale, rivestita

**DIAMO/DO**  **NON DIAMO/DO**

*sbarrare, con una X, il campo interessato*

il Consenso l'Alunno/a, menzionato/a, ad usufruire del Servizio di Supporto psicologico, anche tramite Sportello di Ascolto.

Li \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

Firma del Padre/Tutore \_\_\_\_\_

Firma della Madre/Tutrice \_\_\_\_\_

*In presenza di una sola Firma, questa si intende resa, in conformità al Principio sul Diritto di Bigenitorialità*

Visto Il Dirigente scolastico

(Prof.ssa *Concetta Amoriglio*)

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ex art. 3 c.2 D.L.gs n. 39/93 con originale agli Atti dell'Ufficio*

