



LICEO CLASSICO INTERNAZIONALE STATALE GIOVANNI MELI



Da inviare all'indirizzo mail sportellopsicologico@liceomelipalermo.it allegando copia/e documenti di identità

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

Il sottoscritto

identificato/a mediante documento n.

nata/o a il ___/___/___

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla/del dott.ssa/dott. _____ presso lo Sportello di ascolto. Dichiaro, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

Il/La sottoscritto/a

Identificato/a mediante documento n.

madre/padre/genitore1/tutore del/della minorenni

Classe.....nata/o a

il ___/___/___ e residente a.....

in via/piazzan.....

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla/del dott.ssa/dott. _____ presso lo Sportello di ascolto. Dichiaro, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data

Firma

Via Salvatore Aldisio, 2 - 90146 Palermo - Tel. 091/6884720

www.liceomeli.edu.it - EMAIL: papc030004@istruzione.it - PEC: papc030004@pec.istruzione.it

Codice Fiscale: 80017420821 - Codice Meccanografico: PAPC030004 - Codice Univoco: UFLSPI



LICEO CLASSICO INTERNAZIONALE
STATALE GIOVANNI MELI



Il/La sottoscritto/a

Identificato/a mediante documento n.

madre/padre/genitore2/tutore del/della minorene.....

Classe.....

Nata/o a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla/del dott.ssa/dott. _____ presso lo Sportello di ascolto. Dichiaro, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data

Firma

Il/la sottoscritt _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Luogo e data

Firma