



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	minorenne
.....			
Classe		nata/o	a
.....			



LICEO CLASSICO INTERNAZIONALE STATALE GIOVANNI MELI



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 sottoscritto/a

...

Identificato/a mediante documento n.

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

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



LICEO CLASSICO INTERNAZIONALE
STATALE GIOVANNI MELI



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