



**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI**

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE LUIGI GALVANI
COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150

VIA GALVANI, 7 - 20124 MILANO - TEL. 0288440253 - FAX 0288440286
e - mail: miic8b400x@istruzione.it pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

Scuola Primaria "Luigi Galvani" Via Galvani, 7 - Tel. 0288440253	Scuola Primaria "M. di Savoia e C. Borromeo" Via Casati, 6 - Tel. 0288440146
Scuola Secondaria di 1° grado "Fara" Via Fara, 32 - Tel. 0288440283	Scuola Secondaria di 1° grado "San Gregorio" Via San Gregorio, 5 - Tel. 0288440152

CONSENSO PARTECIPAZIONE SPORTELLO PSICOLOGICO – ALUNNI
- progetto "Sportello scolastico" Dott.ssa Silvana Zito -

Il sottoscritto genitore/tutore _____,
nato il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ Via _____ prov. _____
e-mail _____ tel. _____

Il sottoscritto genitore/tutore _____,
nato il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ Via _____ prov. _____
e-mail _____ tel. _____

dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____
frequentante la classe _____ Sez. _____ Plesso Galvani Casati Fara San Gregorio

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

- di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2020/21 presso l' **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE LUIGI GALVANI**, di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola relativa al trattamento di dati personali
- di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.
- di esprimere il proprio consenso a partecipare alle attività programmate all'interno del progetto "Sportello scolastico" quali colloqui psicologici individuali e di gruppo, a cura della Dott.ssa Silvana Zito
- Si allega copia documento di identità dei genitori

Milano, _____

firma del genitore

firma del genitore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

firma del genitore

firma del genitore