



DATI ANAGRAFICI GENITORI

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ (____) IN VIA _____ N° _____

TEL _____ CELL _____

☐ Padre dell'alunno ☐ Tutore Legale dell'alunno

COGNOME _____ NOME _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ (____) IN VIA _____ N° _____

TEL _____

CELL _____

☐ Madre dell'alunno ☐ Tutore Legale dell'alunno

COGNOME _____ NOME _____

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679**:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.

2. La dott.ssa FERRIERO MARIA CONCETTA è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:

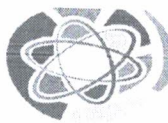
a. dati anagrafici, di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC

- *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.

b. dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla nostra/mia salute fisica o mentale sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico.

Il progetto è realizzato da A.T.S.





☐ ACCONSENTO

☐ NON ACCONSENTO

AD USUFRUIRE DELLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO ON-LINE nell'ambito del Progetto :
ENTANGLEMENT...la rete che connette

Che verrà effettuato dall'esperto selezionato dall'Associazione EMMEPI4EVER di S.Tammaro (CE).

Luogo....., Data/...../.....

Nome Cognome in stampatello e Firma dei genitori o di chi esercita la tutela legale:

(Nome e Cognome)_____ (Firma) _____

(Nome e Cognome)_____ (Firma) _____

☐ SI ALLEGA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO in corso di validità DI
UNO E/O DI ENTRAMBI I GENITORI CHE FIRMANO CODESTO CONSENSO.

Luogo....., Data...../...../.....

Firma della Referente del Progetto

Anna Maria Mammola
Psicologa
Rec. Ord. N° 3513
Anna Maria Mammola

Il progetto è realizzato da A.T.S.

