



CONSENSO IN CASO DI FIGLIO/A MINORENNE

(da restituire sottoscritto all'Università Cattolica del Sacro Cuore - Alta Scuola di Psicologia "Agostino Gemelli", Via Nirone, 15-20123 Milano)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ via _____, ricevuta l'Informativa che
l'Università Cattolica del Sacro Cuore ha fornito, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n.196/2003, conferma di essere stato adeguatamente informato/a sul fatto che ogni informazione e dato personale, anche sensibile, che Lo/La riguarda, la cui raccolta ed elaborazione risulti connessa ed indispensabile al conseguimento delle finalità ivi indicate, saranno trattati con modalità idonee a garantirne l'assoluta riservatezza e sicurezza, in conformità alle disposizioni del d.lgs. n.196/2003. Padre/madre/tutore di: _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____ classe _____

Rispetto al trattamento dei dati personali del minore, anche sensibili, esclusivamente per le finalità indicate nella suddetta Informativa:

Esprime il consenso Nega il consenso

Firma (del genitore, o del tutore se del caso)

Autorizza Non autorizza

l'eventuale accesso al Servizio offerto dall'Università Cattolica del Sacro Cuore presso l'Istituto scolastico da parte del figlio minore per colloqui di consulenza psicologica breve

Luogo e data

Firma (del genitore, o del tutore se del caso)



CONSENSO IN CASO DI FIGLIO/A MINORENNE

(da restituire sottoscritto all'Università Cattolica del Sacro Cuore - Alta Scuola di Psicologia "Agostino Gemelli", Via Nirone, 15-20123 Milano)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ via _____, ricevuta l'Informativa che
l'Università Cattolica del Sacro Cuore ha fornito, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n.196/2003, conferma di essere stato adeguatamente informato/a sul fatto che ogni informazione e dato personale, anche sensibile, che Lo/La riguarda, la cui raccolta ed elaborazione risulti connessa ed indispensabile al conseguimento delle finalità ivi indicate, saranno trattati con modalità idonee a garantirne l'assoluta riservatezza e sicurezza, in conformità alle disposizioni del d.lgs. n.196/2003. Padre/madre/tutore di: _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____ classe _____

Rispetto al trattamento dei dati personali del minore, anche sensibili, esclusivamente per le finalità indicate nella suddetta Informativa:

Esprime il consenso Nega il consenso

Firma (del genitore, o del tutore se del caso)

Autorizza Non autorizza

l'eventuale accesso al Servizio offerto dall'Università Cattolica del Sacro Cuore presso l'Istituto scolastico da parte del figlio minore per colloqui di consulenza psicologica breve

Luogo e data

Firma (del genitore, o del tutore se del caso)
