



ISTITUTO
SCOLASTICO
PARITARIO
SACRA FAMIGLIA

CONSULTORI FAMILIARI



DICHIARAZIONE DI CONSENSO

(da restituire ai Coordinatori di classe)

Il sottoscritto
Nome del padre/tutore

e la sottoscritta
Nome della madre/tutrice

genitori/tutori legali di
Nome dell'alunno/a

nato/a il / / a
data di nascita dell'alunno Luogo di nascita dell'alunno

acconsentono che il/la proprio/a figlio/a prenda parte alle attività previste nell'ambito del progetto di istituto per la **prevenzione e l'educazione alla salute**, comprendente la possibilità per i ragazzi della Secondaria di 1° grado, di svolgere, in presenza negli orari e nelle sedi della scuola o da remoto, dei colloqui di consultazione con la **dr.ssa Emanuela Duca**, psicologa e componente dell'equipe multidisciplinare dei Consultori Familiari della Fondazione Angelo Custode.

L'attività di ascolto e consulenza è proposta senza costi per le famiglie e nel più stretto rispetto della privacy ed è finalizzata a individuare i bisogni formativi ed evolutivi specifici degli alunni per orientare e arricchire l'intervento educativo e didattico del team dei docenti e sviluppare una proficua collaborazione scuola - genitori nel promuovere i processi di crescita e di apprendimento di ciascun ragazzo/a.

Per ulteriori informazioni:

Area Formazione della Fondazione Angelo Custode - via Conventino, 8 int. 6 - 24125 Bergamo
tel. 035 0072370 e-mail: formazione@fondazioneangelocustode.it

I dati personali raccolti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016. Titolare del trattamento: Istituto Scolastico Paritario Sacra Famiglia

Firma del padre per il consenso (o tutori legali)

Firma della madre per il consenso

.....

.....

Luogo e data: