



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "POGGIALI-SPIZZICHINO"

00147 Roma - via A. Leonori 74 - Tel. 06.95955222 - Fax 06.5404346 - C.F. 97712300587 -
Cod. Mecc. RMIC8FF00E - e-mail: rmic8ff00e@istruzione.it - PEC: rmic8ff00e@pec.istruzione.it

PROGETTO ACCOGLIENZA ALUNNI CLASSI I SCUOLA SECONDARIA I GRADO

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO (D.lgs 30/06/2003 n.196-GDPR 679/2016)
E AUTORIZZAZIONE ALL'USCITA AUTONOMA**

(da compilare e firmare da tutti coloro che detengono la responsabilità genitoriale del minore)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

Via/piazza _____ C.F. _____

identificato mediante documento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____

e

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

Via/piazza _____ C.F. _____

identificato mediante documento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____

Detentori della responsabilità genitoriale del minore

Nome _____ Cognome _____ nato/a a

_____ il _____ frequentante la classe _____ sezione _____

SONO/SIAMO INFORMATI/I CHE:

- Il progetto sarà svolto a potenziare il benessere emotivo e relazionale del minore;
- La prestazione professionale sarà resa nel rispetto del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani", reperibile online sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it;
- I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Progetto accoglienza, comunque coperti dal segreto

professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

- Il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e avrà come unico scopo l'espletamento delle finalità legate all'attività di consulenza e alla rilevazione dei bisogni del minore;

- Il titolare del trattamento è CENPIS Orion con sede in p.zza Trasimeno 2 – 00198 Roma;

- Il Responsabile per la protezione dati è contattabile presso CENPIS Orion con sede in p.zza Trasimeno 2 – 00198 Roma Tel. +39 06 8414142, indirizzo e-mail dpo@cenpisorion.it;

Pertanto,

AUTORIZZO/AUTORIZZIAMO:

Mio/nostro/a figlio/a ad usufruire, qualora lo desiderasse, del Progetto accoglienza, attivo con modalità di “formazione in presenza” presso IC Poggiali Spizzichino di Roma per l'anno scolastico 2025-2026 e autorizza/autorizziamo al trattamento dei suoi dati personali secondo la normativa vigente (Regolamento UE 2017/679 – Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR) e D.lgs. 30 giugno 2003 n 196).

Data _____

Firma 1 _____

Firma 2 _____

(firme leggibili di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale)

(*) Sotto la mia responsabilità, dichiaro di aver effettuato la scelta nell'osservanza delle norme del Codice civile in materia di responsabilità genitoriale e di aver informato della presente liberatoria l'altro esercente la potestà genitoriale che ne ha dato il consenso.

Data _____

Firma _____

Il modulo recepisce le disposizioni contenute nel decreto legislativo 28 dicembre 2013, n. 154 che ha apportato modifiche al Codice civile in tema di filiazione. Alla luce della succitata disposizione in materia, la richiesta di iscrizione al Progetto accoglienza, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori.

In caso di impossibilità di uno dei due genitori/tutori a firmare la presente autorizzazione, potrà firmare un solo genitore previa sottoscrizione della presente autodichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Firma genitore/tutore

AUTORIZZAZIONE ALL'USCITA AUTONOMA

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ Residente a _____

in Via _____ in qualità di genitori dell'alunn _____

Frequentante la classe _____ sez. _____ plesso _____

DICHIARANO

Sotto la propria responsabilità che autorizzano il/la propri ___ figli ___ all'uscita autonoma nei giorni (dall'8 al 12 Settembre 2025) in cui si terrà il Progetto Accoglienza classi I scuola secondaria a.s. 2025/26.

DATA _____

1. Firma genitore/tutore _____

2. Firma genitore/tutore _____

In caso di impossibilità di uno dei due genitori/tutori a firmare la presente autorizzazione, potrà firmare un solo genitore previa sottoscrizione della presente autodichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Firma genitore/tutore