**Supporto Socio-Psicologico, Educativo e Sportivo COVID 19**

**per singoli e Famiglie**

**□Consulenza Psicologica**

**□Consulenza Sociale**

**□Consulenza Educativa**

**□Consulenza Sportiva**

**□ Altro**

**Esercizio di diritti in materia di protezione dei dati personali**

*-artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679-*

**Alla richiesta di consulenza è necessario allegare il presente modulo compilato in ogni sua parte, datato e firmato.**

Il sottoscritto……………………………………..nato a……………………..il ……………

Residente………………………Via……………………………….N. ………….Recapito telefonico

…………………………………………………C.F…………………………………………………

Genitore del minore ……………………………………………………………………………………………………….

Soggetto adulto ……………………………………………………………………………………………………….

esprime il proprio **consenso** al trattamento dei dati personali e sensibili come indicato dal Regolamento UE 2016/679 GDPR (General Data Protection Regulation) direttamente applicato in tutti i Paesi UE dal 25 maggio 2018 e del precedente Codice della Privacy Italiano (Dlgs196 /2003)

**Autorizza**

L’operatore sovra contrassegnato al trattamento e alla circolarità delle informazioni dei dati personali e sensibili a scopo del supporto emergenza covid 19 richiesto.

 GENITORE O TUTORE OPERATORE DI ACCETAZIONE ENTE ORGANIZZATIVO

*(firma)………………………*

 *(firma)* ………………………………………………………......

 SOGGETTO ADULTO

*(firma*) ………………….

 *Data e Luogo*

**NB- IL PRESENTE MODULO COMPILATO DEVE ESSERE INVIATO AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL**:

ascabruzzo@libero.it