## Al Genitori/Tutori degli alunni della classe

**e p.c. ai Docenti**

# Oggetto: Autorizzazione interventi formaivi/informativi/educativi in classe.

**Il sottoscritto**

**Dott. Bellomo Simone**

In riferimento al Protocollo d’Intesa stipulato con l’Osservatorio Distretto 9 con sede nell’Istituto Comprensivo Guastella-Landolina”, sito in Misilmeri – Via Ettore Majorana, ed al progetto denominato “Continuiamo a stare Insieme” approvato dalla Regione Siciliana e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale, D.D.G. n. 494 del 14.04.2022 - “Fondo Politiche Giovanili” anno 2022,

Intende rendere le prestazioni professionali relative agli interventi di formazione/informazione su tematiche specifiche di alto interesse sociale in classe presso l’Istituto Comprensivo Guastella-Landolina”, sito in Misilmeri – Via Ettore Majorana e nello specifico:

* **Interventi formativi/Informativi/educativi in classe sulle tematiche del Bullismo e cyberbullismo, Violenza di genere, al fine di prevenire e potenziamento il benessere dei minori, proponendo discussioni tematiche, circle-time.**

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima e di autorizzare/non autorizzare la presenza del formatore in classe.

**Dott. Bellomo Simone**

# MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER GLI INTERVENTI IN CLASSE

**Il sottoscritto** \_\_\_\_ padre del/della minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_

**La sottoscritta** \_\_\_\_ madre del/della minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di genitori** esercenti la potestà genitoriale del minore \_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via cap

frequentante la classe della Scuola **AUTORIZZANO**

**la partecipazione del proprio figlio/a alla seguente attività di classe: Interventi formativi/Informativi/educativi in classe sulle tematiche del Bullismo e cyberbullismo, Violenza di genere**

(\*) Nel caso in cui l'autorizzazione fosse negata, durante l'intervento in classe, l'alunno/a sarà affidato/a ad altra classe

Eventuali dati personali e sensibili della persona, 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).

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato,

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alla modalità della stessa, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

**□ FORNISCE IL CONSENSO**

***Si allega un documento di riconoscimento in corso di validità di entrambe i genitori/tutori***

Luogo e data

Firma dei genitori/tutori

Madre………………………………….….

Padre ………………………………….….

*Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori*

*(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore )*