

**PROGETTO "SOS ADOLESCENTI: UNA SCUOLA IN ASCOLTO"**

**A.S. 2025-2026: dichiarazione consenso informato**

Valido per tutto il corso di studio

Nel caso di **utenti maggiorenni**.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
identificato mediante (\*) documento n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria \_\_\_\_\_,

do il mio consenso – anche in relazione al trattamento dei miei dati personali, ivi compresi quelli relativi alla salute – affinché possa accedere allo Spazio di Ascolto, condotto dalla Dott.ssa Rigliaco Tatiana

Cento \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
(\*).N.B. Si prega allegare copia dei documenti di riconoscimento.