

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo
"VIVENZA_GIOVANNI XXIII"

Alla Dott.ssa Giulia Di Pasquale

Oggetto: Liberatoria sportello di ascolto psicologico

IL/I SOTTOSCRITTO/I

_____ (Nome e Cognome del PADRE/TUTORE)

_____ (Nome e Cognome della MADRE/TUTORE)

GENITORE/I TUTORE/I DI

dell'alunno/a _____ frequentante la

Classe _____ sez. _____ SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO "VIVENZA"

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

la psicologa Dott.ssa Giulia Di Pasquale, esperta individuata dall'Istituto Comprensivo "Vivenza-Giovanni XXIII" quale operatrice dello Sportello di ascolto psicologico, a incontrare il/la proprio/a figlio/a.

Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore.

Data _____

FIRMA genitore/tutore _____

FIRMA genitore/tutore _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI.

I dati forniti sono coperti da segreto d'ufficio e garantiti dal D.Lgs. 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Sono pertanto utilizzati esclusivamente per lo sportello di ascolto psicologico.

Il sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei dati per i soli scopi previsti dallo sportello psicologico, ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Data _____

FIRMA genitore/tutore _____

FIRMA genitore/tutore _____