

(ESCLUSIVAMENTE per GLI ALUNNI della SCUOLA SECONDARIA di 1°GRADO)

Compilare e restituire SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO "SPORTELLLO D'ASCOLTO" – PSICOLOGO D'ISTITUTO a.s. 23/24

AUTORIZZAZIONE partecipazione alle azioni proposte dal Progetto di consulenza psicologica "Sportello d'ascolto"

Esprimiamo il nostro consenso e acconsentiamo affinché nostro figlio/a

_____ classe _____ della Scuola secondaria di 1°grado di _____, usufruisca del servizio "Sportello d'Ascolto" e delle prestazioni

professionali indicate dal progetto con il Dott. Antonio Ozzimo iscritto all'Abo professionale n. 3607 A.

I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Compilare da parte del padre

Compilare da parte della madre

Io sottoscritto.....

Io sottoscritta.....

identificato mediante documento.....

identificata mediante documento.....

n°.....

n°

rilasciato da.....

rilasciato da

il

il.....

padre del/la minore

madre del/la minore

Firma (padre)

Firma (madre)

.....

.....