

**AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO DI CONSULENZA PSICOLOGICA**

Per poter usufruire del servizio, è necessario il consenso firmato da entrambi i genitori

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Genitori/affidatari dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_,

presa visione della presenza presso l'Istituto dello Sportello di Consulenza Psicologica e dell'informativa allegata al modulo:

- Acconsentono
- Non acconsentono

al trattamento dei dati sensibili del minore, necessari per lo svolgimento delle attività elencate.

Di conseguenza

- Autorizzano
- Non autorizzano

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa, dott.ssa Vanessa Pergher.

In fede

Firma del padre

Firma della madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

