

Consenso informato
Trattamento dei dati personali

I sottoscritti _____

Genitori/affidatari

dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ il _____

Frequentante la classe _____ della Scuola sec. di I grado dell'I.C. Statale di Adro

AUTORIZZANO



NON AUTORIZZANO



Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio di sportello d'ascolto psicologico tenuto dal/dalla dott./dott.ssa Francesca Usanza

AUTORIZZANO



NON AUTORIZZANO



Lo/la psicologo/a a dialogare con il personale docente qualora venga rilevata una situazione di forte disagio (in osservanza degli articoli 11 e 15 del Codice Deontologico degli Psicologi)

Data

Firma
(entrambe obbligatorie)

(madre) _____

(padre) _____