

Al Dirigente Scolastico dell'IC. Gualdo Cattaneo

AUTORIZZAZIONE E INFORMATIVA SPORTELLO PSICOLOGICO

Il/La sottoscritto/a _____

ed Il/La sottoscritto/a _____

Genitori/Tutori dell'Alunno/a _____

classe _____ della Scuola Secondaria di I grado

AUTORIZZANO NON AUTORIZZANO

Il/la figlio/a ad aderire al progetto di Sportello di Ascolto.

Data _____

Firma _____

(compilare solo se uno dei Genitori/Tutori si impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto/a _____ Genitore/Tutore

dell'Alunno/a _____ classe _____

della Scuola Secondaria di I grado DICHIARA che, ai sensi dell'Art. 317 del CC, l'altro

Genitore/Tutore **NON** può firmare il consenso in quanto assente per

LONTANANZA IMPEDIMENTO ALTRO

Firma del Dichiarante _____

Si informa che il trattamento dei dati personali sensibili, sarà gestito ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018.