

Istituto Comprensivo "San Tommaso d'Aquino" Priverno (LT)

Modello di richiesta per la partecipazione allo sportello d'ascolto a cura della Dott. ssa Cellini Marica

Noi sottoscrittipadre/tutore
e madre/tutore dialunno/a della
classe del plesso scolastico

.....

Numero telefonico di riferimento: (madre) _____
(padre) _____
(tutore) _____

AUTORIZZIAMO

nostro figlio/a ad usufruire dello sportello psicologico offerto dalla scuola.

Noi sottoscritti forniamo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili di nostro/a figlio/a ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Si allega copia dei documenti di identità di entrambi i genitori/tutori.
Tale autorizzazione può essere recapitata a scuola direttamente dall'alunno interessato o potrà pervenire direttamente alla psicologa al seguente indirizzo mail:
marica.cellini@gmail.com

Data.....

Firma della madre

.....

Firma del padre

.....

Firma del tutore

.....

