

AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DELLO SPORTELLINO D'ASCOLTO
ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Noi sottoscritti _____

genitori dell'alunno _____

Padre: nato il _____ a _____

e residente a _____ in

Via _____

C.F. _____

Cellulare _____ e-mail _____

Madre: nata il _____ a _____

e residente a _____ in Via _____

C.F. _____

cellulare _____ e-mail _____

AUTORIZZIAMO

nostra/o figlia/o (indicare nome e cognome) _____ Nato/a il _____

a _____ e residente a _____ in via _____

_____ C.F. _____ classe e indirizzo di

scuola _____ a partecipare alle attività dello Sportello di ascolto psicologico di cui
alla circolare N 62 dell'I.C. Mons Arrigo.

Nello specifico autorizziamo:

la dott.ssa Buttitta Tiziana responsabile del progetto di sportello, al trattamento dei dati personali del
minore a nostra tutela per gli usi consentiti dalla legge (vedi informativa sulla privacy di seguito riportata);

la partecipazione del minore, a nostra tutela, allo sportello individuale di tipo psicologico che sarà attivo
nei giorni specificati dalla circolare N 63 previo appuntamento ed agli eventuali incontri in classe che si
svolgeranno durante l'arco di tempo in cui sarà attivo il progetto

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci _____
