

AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Noi sottoscritti:

PADRE		
Nato il		a
In Via		
C.F.		
Cellulare		
Eventuale altro numero telefonico		
e-mail		
MADRE		
Nata il		a
In Via		
C.F.		
Cellulare		
Eventuale altro numero telefonico		
e-mail		

AUTORIZZIAMO

FIGLIO/A		
Nata il		a
Residente a		
In Via		
C.F.		

A partecipare alle attività dello Sportello di ascolto psicologico.

Nello specifico autorizziamo:

- La Dott.ssa Girolimetto Lucia, 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, presso i locali della scuola nella giornata concordata, o in modalità video-colloquio su Google Meet.

Castelfranco Veneto li,.....

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci
