**IMPORTANTE**

Per dare la possibilità agli studenti dell’I.C. di Fuscaldo di usufruire del servizio “Sportello d’ascolto psicologico” è necessaria l’autorizzazione dei genitori e il consenso per il trattamento dei dati personali.

La documentazione deve essere scaricata, firmata e consegnata alla psicologa all’atto del primo incontro oppure preventivamente inviata (con almeno 24 ore di anticipo) alla mail dell’istituto.

**Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico**

Noi Sottoscritti

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**E**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

genitore/affidatario dell' alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola

presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto Psicologico

**AUTORIZZIAMO**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa, nella persona della Dott.ssa Mariangela Gravina.

In fede,

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fuscaldo, \_\_\_ / \_\_\_ / 2020