

Liberatoria per l'accesso allo sportello d'ascolto psicologico:

Io sottoscritto (n. e c.)

Io sottoscritta (n. e c.)

GENITORI/TUTORI di

(nome e cognome).....

Classe sezione

Autorizzo

Non autorizzo

mio/a figlio/a ad usufruire, qualora lo desideri, dello “sportello d'ascolto” attivato presso l'Istituto e autorizzo al trattamento dei suoi dati a norma del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 101/2018.

Data,

FIRMA

.....