

**AUTORIZZAZIONE AD ACCEDERE AL SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO
SCOLASTICO**

I sottoscritti.....e
genitori dell' alunno/a autorizzano il/la
proprio/a figlio/a a partecipare al servizio dello sportello d' ascolto in presenza.

(Per gli studenti maggiorenni) Il sottoscritto
richiede di accedere al servizio dello sportello d'ascolto in presenza.

Si specifica che gli psicologi dello sportello d'ascolto trattano i dati sensibili nel rispetto degli obblighi di legge.

Si informa che durante gli incontri lo specialista garantirà la privacy dei colloqui, pertanto, non verranno in alcun modo registrati né in audio né in video, né saranno presenti terze persone all' interno della stanza degli specialisti

DATA FIRMA.....

FIRMA.....

(Per gli studenti maggiorenni) FIRMA