

**AUTORIZZAZIONE PER IL SERVIZIO DELLO SPORTELLO D'ASCOLTO A. S. 2024/25**  
**(Solo per alunni scuola secondaria di primo grado)**

I sottoscritti

Nome e cognome della madre \_\_\_\_\_

Nome e cognome del padre \_\_\_\_\_

Genitori del minore \_\_\_\_\_

Frequentante l'I.C. "Don Milani"

Scuola secondaria di \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

la dott.ssa Pamela Caci, psicologo individuato dall'Istituto Comprensivo "Don Milani" quale operatore dello "Sportello di ascolto psicologico", ad incontrare il/la proprio/a figlio/a, qualora il medesimo/a ne manifesti la necessità. Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore. La presente liberatoria ha validità solo con la firma di ambedue i genitori e fino al termine dell'anno scolastico in corso.

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.LGS 196 del 2003 (Codice Privacy).

Si informa che i dati (coperti comunque da segreto professionale) verranno utilizzati garantendone la sicurezza e la riservatezza ed esclusivamente per il servizio di sportello psicologico.

Ticineto, .....

Firma di entrambi i genitori

.....  
.....

