

## AUTORIZZAZIONE SPORTELLLO D'ASCOLTO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IIS E. ALETTI  
TREBISACCE

**OGGETTO: autorizzazione docenti / famiglie al servizio “sportello d’ascolto”.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Docente
- genitore alunni dell’ISTITUTO

### DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

1. presso l'Istituto è attivo lo **Sportello di ascolto** rivolto a docenti e famiglie;
2. il servizio è erogato anche attraverso **colloqui individuali**, a partire da una esplicita domanda dello studente e/o del genitore;
3. lo Psicologo è tenuto a **garantire l’assoluta segretezza** dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 e dal Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR;
4. la presente autorizzazione è riferita al **POR CALABRIA FESR FSE 2014/2020** -TITOLO PROGETTO: **“OLTRE.... I LIMITI”** CODICE PROGETTO: 2022.10.1.1.034.

### PERTANTO DECIDE

**Con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali in oggetto.**

Il sottoscritto dichiara di aver rilasciato la presente autorizzazione nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale, così come modificate dal D. Lgs. 28 dicembre 2013, n. 154.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega documento di identità.