

AUTORIZZAZIONE SPORTELLO D'ASCOLTO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IIS E. ALETTI
TREBISACCE

OGGETTO: autorizzazione alunni maggiorenni al servizio "SPORTELLO D'ASCOLTO"

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____, a _____ Provincia _____

Frequentante la Classe _____ Sezione _____ dell'ISTITUTO

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

1. presso l'Istituto è attivo lo **"Sportello di ascolto psico-evolutivo"**;
2. il servizio è erogato anche attraverso **colloqui individuali** e/o di gruppo, 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 fotocopia Carta d'Identità.