

AUTORIZZAZIONE MINORE SPORTELLO D'ASCOLTO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IIS E. ALETTI
TREBISACCE

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE MINORE AL SERVIZIO "SPORTELLO D'ASCOLTO"

Il/La sottoscritt/a _____ padre del minore

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

Il/La sottoscritt/a _____ madre del minore

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

Genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a _____

Frequentante la Classe _____ Sezione _____ dell'ISTITUTO

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

1. presso l'Istituto è attivo lo **Sportello di ascolto PSICO-EVOLUTIVO**, rivolto agli alunni;
2. il servizio è erogato attraverso **colloqui individuali** e/o di gruppo a partire da una esplicita domanda dello studente e/o del genitore, che in nessun caso si configurano come interventi di tipo clinico;
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 AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire dei colloqui individuali e/o di gruppi classe, nell'ambito del servizio di "Sportello di ascolto" 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 padre _____

Firma madre _____

Si allegano i documenti d'identità dei genitori.