# Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Superiore “C.A. Dalla Chiesa” – Afragola (NA)

# Allo psicologo Dott. Francesco Tramontana

**LIBERATORIA**

I SOTTOSCRITTI

(Nome e Cognome del PADRE)

(Nome e Cognome della MADRE)

Genitori del minore (nome e cognome del/la figlio/a)

frequentante la Classe sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ind.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# □ AUTORIZZANO □ NON AUTORIZZANO

***(crocettare)***

il dott. Francesco Tramontana, psicologo individuato dall’Istituto Superiore “C.A. Dalla Chiesa Afragola (NA)” quale operatore dello “***Sportello di ascolto psicologico***”, ad incontrare il/la proprio/a figlio/a,.

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’intervento progettuale e comunque entro dicembre 2022

Inoltre,

# □ AUTORIZZANO □ NON AUTORIZZANO

***(crocettare)***

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, che verranno rilevati tramite l’attività di sportello di ascolto, verranno utilizzati garantendone la sicurezza e la riservatezza e saranno utilizzati esclusivamente per il servizio di sportello psicologico. I dati forniti sono inoltre coperti da segreto professionale.

Data

FIRMA del padre

FIRMA della madre