

il/la sottoscritta/a: _____

genitore dell'allieva/o: _____

- autorizza

- non autorizza

il/la propria/o figlia/o ad usufruire, in caso di necessità, del servizio "**SPORTELLO DI ASCOLTO**" organizzato dall'istituto.

I dati dell'allieva/o, ivi compresi quelli relativi al suo stato di salute, potranno essere raccolti per iniziative connesse allo svolgimento dell'attività dello "**SPORTELLO DI ASCOLTO**" e/o di attività di consulenza psicologica organizzate dall'Istituzione Scolastica.

I dati personali saranno conservati per il tempo delle attività legate alle suddette iniziative e potranno essere comunicate a terzi solo in adempimento di eventuali obblighi di legge.

Luogo e data, _____

firma del genitore