

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto "Parentucelli Arzelà"
di Sarzana

I sottoscritti _____ nato/a _____ il _____
e _____ nato/a _____ il _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____ iscritto alla classe _____
sez. _____ di codesto istituto

- AUTORIZZANO l'alunno/a a frequentare, qualora ne facesse richiesta, lo sportello di ascolto C.I.C. (Centro Informazione e Consulenza)
- NON AUTORIZZANO l'alunno/a a frequentare, qualora ne facesse richiesta, lo sportello di ascolto C.I.C. (Centro Informazione e Consulenza)

Contestualmente, autorizzano al trattamento dei dati personali, utilizzati esclusivamente per esigenze di trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n.679/2016) e dal codice Deontologico dell'Ordine degli Psicologi Italiani; dichiarano inoltre di aver preso visione degli obiettivi e finalità del servizio presenti sul sito dell'Istituto.

Il CIC si avvale della collaborazione de personale della ASL 5 SPEZZINO, e della dott.ssa Leoni Giulia, iscritta all'Ordine degli Psicologi della regione Toscana, numero iscrizione 8861.

La presente autorizzazione ha validità tutto l'anno scolastico.

FIRMA di entrambi i genitori/tutori

Firma della madre

Firma del padre

_____, li _____

Luogo e data

N.B. La scuola chiede di esprimere in ogni caso la preferenza e di riconsegnare, comunque, il modulo compilato.