

**Modello di autorizzazione ad avvalersi dello sportello di ascolto e consulenza
“Parla ti ascolto” tramite colloquio telefonico**

Al Dirigente Scolastico dell'ISIS R.L.Montalcini di Quarto
Prof.ssa Daniela Sciarelli

I sottoscritti

1. _____ nato/a a: _____ il ____/____/____

residente a: _____ (____) Via _____

2. _____ nato/a a: _____ il ____/____/____

residente a: _____ (____) Via _____

genitori/tutori dell'alunna/o _____ nata/o a: _____ il ____/____/____

classe _____ ITE AFM ITE TUR. LICEO LICEO s. A.

AUTORIZZANO

la/il propria/o figlia/o ad avvalersi dello sportello di ascolto e consulenza “Parla ti ascolto” tramite colloquio telefonico con il seguente esperto:

Dott.ssa Simona Amirante, psicologa

Dott. Antonio Forenza, counselor

I dati personali saranno trattati secondo la normativa specifica art.13 del Reg. U.E. 2016/679.

Quarto,

In Fede
firma genitore _____