



MODULO DI CONSENSO

Per accedere allo “Sportello Amico”¹

Scuola secondaria di primo e secondo grado

“Maria Ausiliatrice”

a.s. 2023-2024

Io sottoscritto (nome e cognome del padre)

.....

Io sottoscritta (nome e cognome della madre)

.....

Genitori di: (nome e cognome dello studente)

..... classe..... sez.....

Barrare la voce interessata

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

che nostro figlio/a possa accedere allo “Sportello Amico” della scuola secondaria di secondo grado “Maria Ausiliatrice” Roma, che verrà effettuato dalle dott.sse Manuela Scendoni e Maria Grazia Vergari. Il contenuto dei colloqui sarà riservato.

Firma del padre.....

Firma della madre.....

Luogo....., Data/...../.....

¹ Il servizio di sportello verrà effettuato nel rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi e dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).