**Modello di autorizzazione**

Il sottoscritto……………………………………………………………………………………………………………………….

genitore o affidatario dell’alunno/a…………………………………………nato/a a …………………………. il ……………………………. frequentante la classe ……………… della Scuola Secondaria di Primo Grado dell’I. C. “Poliziano”, informato dell’istituzione presso la scuola del “**Progetto di attivazione di uno sportello di ascolto psicologico”**

□ sì, aderisco

al progetto con la Psicologa, Dott.ssa Teresa Carmen Gagliardi. La Dottoressa riceverà il martedì, dalle ore 11.00 alle ore 12.30 su appuntamento ed autorizzo mio figlio/a alla partecipazione e ai colloqui con la Dott. ssa

Firenze, …………………………. Firma………………………….

***I dati raccolti saranno trattati e archiviati su supporti cartacei, elettronici e/o informatici e/o telematici nel rispetto delle disposizioni della normativa vigente sulla protezione dei dati personali (art. 13 Regolamento dell’Unione Europea 679 del 27 aprile 2016, noto anche come “GDPR”)***