

SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO

CONSENSO INFORMATO GENITORE

Il Sig./La Sig.ra..... nato/a a
..... il residente a
..... in via/piazza n

genitore dello studente frequentante la classe sez.

Indirizzo del Liceo Statale Pitagora – Croce, con la sottoscrizione della presente dichiara:

- di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico presso il Liceo Statale Pitagora-Croce di Torre Annunziata, nell'ambito del servizio psicologico.
- di aver preso visione della informativa predisposta dal Liceo per illustrare le attività previste all'interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali.
- di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto. Ed esprime il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del servizio psicologico. Pertanto decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Carlo Acanfora presso lo Sportello di ascolto..

Torre Annunziata,

Firma del genitore

.....

SI ALLEGA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO