****

**MODULO ADESIONE SPORTELLO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA**

**PER PERSONALE SCOLASTICO E GENITORI e CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , presa visione dell’Informativa privacy sportello di psicologia scolastica, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello di psicologia scolastica e al trattamento dei dati personali, fornisce il proprio libero consenso e autorizza lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa Boffardi Carmela secondo le modalità concordate con la psicologa.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_