# Al Dirigente scolastico

del Liceo Scientifico “G. Marinelli”

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* autorizzano
* non autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, in caso di necessità, del Servizio **“Sportello di Ascolto Psicologico”**

organizzato dall’Istituto.

I dati dell’allievo/a, ivi compresi quelli relativi al suo stato di salute, potranno essere raccolti per iniziative connesse allo svolgimento dell’attività dello **“Sportello di Ascolto Psicologico”** e/o di attività di consulenza psicologica organizzate dall’Istituzione Scolastica.

I dati personali saranno conservati per il tempo delle attività legate alle suddette iniziative e potranno essere comunicate a terzi solo in adempimento di eventuali obblighi di legge.

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_