

**Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica Statale 2 Circolo
Via Crocillo, 154 Quarto (NA)**

**Allo psicologo dott.. Giuseppe Errico,
Responsabile di progetto**

LIBERATORIA

I SOTTOSCRITTI

(Nome e Cognome del PADRE) _____

(Nome e Cognome della MADRE) _____

Genitori del minore (nome e cognome del/la figlio/a) _____

frequentante la Scuola _____ plesso _____ Classe _____ sez. _____

☐ **AUTORIZZANO**

NON AUTORIZZANO

(crocettare)

lo psicologo individuato dall'associazione di promozione sociale Agenzia Arcipelago quale operatore dello
"Sportello di ascolto psicologico", ad incontrare il/la proprio/a figlio/a, e i genitori.

Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore.

La presente liberatoria ha validità solo con la firma di ambedue i genitori e fino al termine dell'intervento progettuale e comunque entro l'a.s. 2024/2025

Inoltre,

☐ **AUTORIZZANO**

NON AUTORIZZANO

(crocettare)

Al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.LGS 196 del 2003 (Codice Privacy). Si informa che i dati, che verranno rilevati tramite l'attività di sportello di ascolto, verranno utilizzati garantendone la sicurezza e la riservatezza e saranno utilizzati esclusivamente per il servizio di sportello psicologico. I dati forniti sono inoltre coperti da segreto professionale.

Data _____

FIRMA del padre _____

FIRMA della madre _____