



*Ministero dell'Istruzione*  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
**LAVELLO I**



*Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad indirizzo Musicale*

**PERSONALE SCOLASTICO/GENITORI**

Al personale scolastico/genitori si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico online.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, FORNISCE IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e AUTORIZZA lo svolgimento dei colloqui con lo Psicologo, il giorno \_\_\_\_\_.

A tal fine si comunica il proprio indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_