

AUTORIZZAZIONE AD ACCEDERE AL SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO SCOLASTICO

I sottoscritti.....e
genitori dell' alunno/a autorizzano il/la
proprio/a figlio/a a partecipare al servizio dello sportello d' ascolto in presenza o in
modalità on line a seconda delle necessità.

(Per gli studenti maggiorenni)

Il sottoscritto richiede di accedere al servizio
dello sportello d'ascolto in presenza o in modalità on line a seconda delle necessità.

Si specifica che gli psicologi dello sportello d'ascolto trattano i dati sensibili nel rispetto degli obblighi di legge.

Il progetto è attivo in presenza e in modalità on line. In quest'ultimo caso le attività proposte si svolgeranno utilizzando il canale Google Meet o video chat analoga.

Si informa che durante gli incontri in modalità on-line lo specialista garantirà la privacy dei colloqui, pertanto, non verranno in alcun modo registrati né in audio né in video, ne saranno presenti terze persone all'interno della stanza degli specialisti

DATA

FIRMA.....

FIRMA.....

(Per gli studenti maggiorenni) FIRMA