

**Consenso informato**

**DOCENTI, GENITORI, PERSONALE SCOLASTICO ALLEGATO 2**

*Ai docenti, genitori e personale scolastico si chiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla richiesta di appuntamento, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico.*

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 la Dott.ssa Angela Barbaro.

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

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

**N.B. Allegare foto documento di riconoscimento**