

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO
ALLO SPORTELLLO PSICO-PEDAGOGICO**

Il/La sottoscritto/a _____
genitore / tutore dell'alunno/a _____
nato/a il _____ a _____, frequentante la classe _____
dell'Istituto Comprensivo Statale n.7 "Carmen Silvestroni".

☐ **NON AUTORIZZA**

☐ **AUTORIZZA**

il proprio/a figlio/a a partecipare agli incontri individuali previsti nell'ambito dello **Sportello Psico-Pedagogico**

Dichiara di essere stato/a informato/a che:

- Lo sportello ha finalità di ascolto, orientamento e supporto educativo;
- Gli incontri si svolgeranno durante l'orario scolastico, in uno spazio riservato;
- La partecipazione è volontaria e gli studenti potranno richiedere uno o più colloqui, nei limiti della disponibilità oraria;
- Tutte le informazioni saranno trattate con riservatezza e nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (Regolamento UE 2016/679 – GDPR);
- Lo sportello non ha finalità terapeutiche o diagnostiche.

Luogo e data: _____

Firma del padre / tutore: _____ Firma della madre _____