**Alla segreteria del Liceo “Eleonora d’Arborea” di Cagliari**

# Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico IMPARIAMO AD ASCOLTARCI - Linea Aiutiamoci

Noi Sottoscritti

Nome Cognome

Nato/a a il / / Residente nel comune di Via n.

E

Nome Cognome

Nato/a a il / / Residente nel comune di Via n.

genitore/affidatario dell'alunno/a

frequentante la classe sez. dell’Istituto

# AUTORIZZIAMO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa, nella persona della Dott.ssa Consuelo Carta/ Dott.ssa Sandra Deidda.

In fede,

Firma (di entrambi i genitori)

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell’articolo. 13 del Regolamento europeo 679/2016 Dott.ssa Consuelo Carta / Dott.ssa Sandra Deidda

presto il mio consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell’informativa.

Lì, (luogo) (data)

In fede,

Firma (di entrambi i genitori)