Autorizzazione di accesso allo "Sportello d'Ascolto" presso l'I.I.S. Marconi di Civitavecchia

Noi sottoscritti

Cognome e nome del padre.....…

Cognome e nome della madre.....…

genitori dello studente.....classe.....

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003:

ACCONSENTIAMO: NO – SI

che nostro/a figlio/a possa accedere al servizio di consulenza psicologica svolto dal Dott./Dott.ssa Annalisa Caruso per il corrente anno scolastico 2024/2025 presso l'IIS Marconi di Civitavecchia.

Data.....…

Firma del padre..... Firma della madre.....