**MODULO ADESIONE SPORTELLO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA**

 **PER PERSONALE SCOLASTICO E GENITORI e CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , presa visione dell’Informativa privacy sportello di psicologia scolastica, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello di psicologia scolastica e al trattamento dei dati personali, fornisce il proprio libero consenso e autorizza lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa buono Sara secondo le modalità concordate con il prof. Francesco Nerini, referente del progetto e la psicologa.

Data\* Firma leggibile\*