

I signori \_\_\_\_\_

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul/sulla **minore** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e frequentante la classe \_\_\_\_\_, presa

visione dell'informativa, di seguito allegata, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili, *(crocettare la propria scelta)*

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

il/la minore, a partecipare agli **interventi di gruppo** della psicologa, dott.ssa **Colombo Claudia**, che si svolgeranno in classe.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile degli esercenti la potestà genitoriale/tutoria

\_\_\_\_\_