

**Servizio di Supporto Psicologico a.s. 2021/2022**  
**Istituto Comprensivo Statale "S. A. Guastella"**  
**Psicologa Dr.ssa Simona Mirabella**

**LIBERATORIA**

I SOTTOSCRITTI

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(nome e cognome del PADRE) (nome e cognome della MADRE)  
genitori del minore/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
della scuola primaria.. \_\_\_\_\_ plesso (specificare) \_\_\_\_\_

autorizzano

non autorizzano

la dott.ssa Simona Mirabella, psicologa nominata dall'Istituto Comprensivo Statale "S.A.Guastella" per il "Servizio di supporto psicologico", ad incontrare il/la proprio/a figlio/a, qualora se ne presenti l'esigenza. Tali incontri hanno lo scopo di fornire uno spazio d'ascolto, informazione, orientamento e supporto al minore. La presente liberatoria ha validità solo con la firma di ambedue i genitori e fino al termine dell'intervento progettuale e comunque entro l'a.s. 2021/2022.

Inoltre,

autorizzano

non autorizzano

Al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.LGS 196 del 2003 (Codice Privacy). Si informa che i dati, che verranno rilevati tramite l'attività di sportello di ascolto, verranno utilizzati garantendone la sicurezza e la riservatezza e saranno utilizzati esclusivamente per il servizio di sportello psicologico. I dati forniti sono inoltre coperti da segreto professionale.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA del padre \_\_\_\_\_

FIRMA della madre \_\_\_\_\_