Progetto “BULLI? NO, GRAZIE!

LIBERATORIA -AUTORIZZAZIONE SPORTELLO DI ASCOLTO

(il modulo deve essere compilato e sottoscritto da entrambi i genitori)

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il a prov. residente a Via prov. e-mail tel.

Il sottoscritto genitore/tutore , nato il a prov. residente a Via prov. e-mail tel.

dell'**alunno** nato a il frequentante la classe Sez. Scuola

Con la sottoscrizione della presente, dichiaro di essere a conoscenza del progetto “BULLI? NO, GRAZIE!” attivato presso l'Istituto Comprensivo Cabras e dichiaro di prestare il consenso affinché il/la figlio/a (o in caso di tutore il/la minore), possa accedere alle attività di “**Sportello di ascolto**”.

Nell'attività dello sportello di ascolto e consulenza, verrà assicurata la riservatezza dei colloqui attraverso il rispetto del segreto professionale al quale, gli specialisti incaricati, il Dott. Simone Gargiulo e il Dott. Enrico Trogu, sono tenuti per legge.

I dati personali contenuti nella presente liberatoria potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.

Visto e compreso quanto indicato

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

mio figlio/a ad accedere allo **Sportello di Ascolto** e a partecipare alle attività che saranno proposte.

,li

firma del genitore (madre) firma del genitore (padre)

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

firma del genitore (madre) firma del genitore (padre)