

AUTORIZZAZIONE SPORTELLLO DI ASCOLTO

I Sottoscritti (cognome e nome)

genitori dell'alunno/a _____

Scuola _____ Classe _____ Sez. _____

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio dello **Sportello di ascolto**, istituito nella Scuola Secondaria di I grado, nell'ambito del progetto "**Nuove dipendenze e dispersione scolastica**". Autorizzano altresì al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy.

DATA _____

FIRMA _____

FIRMA _____