

## ALLEGATO 2

### MODULO CONSENSO MINORI (da compilare da parte dei genitori)

Gentili genitori, con la presente Vi chiediamo l'autorizzazione per l'accesso al servizio di SPORTELLO DI ASCOLTO svolto in modalità online sulla piattaforma **Google Workspace** o in presenza, come da tabella contenuta nella Circolare.

I signori \_\_\_\_\_ in qualità di  
esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul/sulla  
minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e frequentante la classe \_\_\_\_\_, Plesso di \_\_\_\_\_

presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'ascolto psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, AUTORIZZANO il/la minore,

- ad usufruire dei colloqui con gli psicologi, dr.ssa Adriana FUCCI e dr. Mauro PULZELLA qualora ne avvertisse la necessità,
- a partecipare ad eventuali interventi attivati sul gruppo classe.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma leggibile degli esercenti la potestà genitoriale/tutoriale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si rimanda al sito della scuola per l'informativa sul trattamento dei dati personali e la privacy.