

**SPORTELLLO PSICOPEDAGOGICO
AUTORIZZAZIONE**

I sottoscritti.....genitori
dell'alunn.....classe.....

AUTORIZZIAMO

Lo/a stesso/a ad usufruire gratuitamente del Servizio di Sportello Psicopedagogico attivato dall'Istituto Comprensivo "Maiuri" di Pompei e gestito dalla prof.ssa Barbara Sabatino.

Pompei,/...../.....

Firme

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Preso atto che il D. Lgs. 196/03 – codice in materia di protezione dei dati personali – garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali nonché della dignità delle persone fisiche con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e che richiede, tra l'altro, il consenso scritto degli interessati per la comunicazione e per la diffusione di dati personali:

il sottoscritto.....nato a.....

il.....residente a.....in via.....

Esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali.

Data.....

firma.....
