**RICHIESTA/ AUTORIZZAZIONE PER IL SERVIZIO PSICOLOGICO**

I sottoscritti…………………………………………………….………………………………………………………………………………….…genitori dell’alunna/o ……………………………………………………… nata/o a…………………………………………………………………..il……….…………frequentante la classe..…....sezione…………….. del Liceo Scientifico Statale “G. Ferraris” di Varese,

**RICHIEDONO e AUTORIZZANO**

per la /il propria/o figlia/o…………………………… ………….l’attivazione dello sportello psicologico predisposto dal Liceo “G. Ferraris” di Varese, tenuto dalla Dott.ssa Federica D’Andria.

I sottoscritti autorizzano altresì il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs.196 del 30 giugno 2003” del Reg. UE 679/2016

Varese,

Firme

Padre……………………………………………. Madre…………...................................…..........