

## Allegato 1 - Alle famiglie del Liceo Statale Federigo Enriques di Livorno

Oggetto: **Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di psicologia scolastica**

Per dare la possibilità agli studenti del Liceo F. Enriques di usufruire del servizio "Sportello di psicologia scolastica" è necessaria l'autorizzazione dei **genitori titolari della responsabilità genitoriale** e il consenso per il trattamento dei dati personali.

La documentazione deve essere scaricata, firmata da entrambi genitori degli alunni minorenni e preventivamente inviata per email (con almeno 24 ore di anticipo) a lips010002@istruzione.it e in copia a arianna.tozzi@centropop.it con oggetto "ACCESSO AL SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA - COGNOME NOME - CLASSE" oppure consegnata a mano alla psicologa, dott.ssa Arianna Tozzi (n. Iscrizione Ordine degli psicologi della Toscana 3987), all'atto del primo incontro.

I sottoscritti

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**madre** dello/a studente Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

E

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**padre** dello/a studente Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

### AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa, Dott.ssa Arianna Tozzi per l'intero a.s. 2020-2021.

Firma Madre

Firma Padre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Livorno, \_\_\_ / \_\_\_ / 2021