***Autorizzazione Servizio di Counseling @ Galileo Galilei***

Noi sottoscritti

Madre …………………..……………………………….………………….. Padre………..…………………………………………Genitori dell’alunno/a ………………………………………………………………………………………….

classe ……………… avendo ricevuto la circolare n. del ………

[] autorizziamo nostro/a figlio/a a partecipare allo sportello di ascolto scolastico – counseling

[] non autorizziamo nostro/a figlio/a a partecipare allo sportello di ascolto scolastico – counseling

Data,……………….

 **Firma dei Genitori**

………………………………….

 ………………………………….

I sottoscritti ……………………………………….…………………………………………………..…..dichiarano di aver preso visione dell’ Informativa sulla Privacy ai sensi dell’art.13 del GDPR 2018 pubblicata sul sito web istituzionale <http://www.icsmargheritahacksandonatomi.edu.it/privacy_gdpr/>

Autorizzano, anche ai sensi dell’art. 10 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n.633, Legge sul diritto d’autore, l’utilizzo a titolo gratuito delle foto o video di cui in oggetto.

La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo ai sensi degli artt. da 15a 22e dell’art. 34 del GDPR con comunicazione scritta da inviare alla scuola.

**Firma dei Genitori**

………………………………….

 ………………………………….