



SERVIZIO DI SOSTEGNO PSICOLOGICO ONLINE PER I RAGAZZI E LE RAGAZZE

AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASCOLTO ONLINE (massimo 5 incontri)

STUDENTI MINORENNI

I sottoscritti:

(nome e cognome) _____ (nome e cognome)

_____ esercitanti la patria potestà sul minore:

(nome e cognome) _____ Nato a _____ il

_____ Scuola _____

Avendo acquisito le informazioni fornite dal titolare ai sensi del Reg. UE 679/2016 attraverso pubblicazione nel sito web istituzionale del progetto "Sentiamoci"

(<https://sentiamoci.fondazioneagostini.it/assets/informativa-sentiamoci.pdf>)

ESPRIMONO IL CONSENSO NON ESPRIMONO IL CONSENSO

autorizzando il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, all'Equipe del Servizio di Ascolto online composto da:

- a) Dott.ssa Silvia Bognetti
- b) Dott.ssa Ricciarda Del Balzo
- c) Dott.ssa Marta Grossi
- d) Dott.ssa Elisabetta Mangano
- e) Dott.ssa Claudia Maspero
- f) Dott. Andrea Pini
- g) Dott. ssa Giuditta Seassaro
- h) Dott.ssa Stefania Zanolini
- i) Dott. Tommaso Baldina
- j) Dott.ssa Silvia Piola

FIRMA _____

FIRMA _____

Data _____