

Con la presente il/i sottoscritto/i
in qualità di esercente/i la potestà genitoriale/tutoriale del minore
della classe dell'Istituto Isis Newton di Varese

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

il proprio figlio/figlia ad avvalersi, per l'anno scolastico 2020/2021, in totale autonomia e secondo le regole stabilite dall'Istituto, del servizio di Counseling Scolastico.

È mio/nostro diritto recedere da questa autorizzazione in qualsiasi momento dell'anno in corso, informando l'Istituto in forma scritta.

Varese, li

Firma di coloro che esercitano la patria potestà sul minore

..... (padre)

..... (madre)

..... (tutore)

Il/i sottoscritto/i

DICHIARA/DICHIARANO

inoltre, ai sensi del D.lgs . 196 del 2003, di esprimere liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati personali del proprio figlio pertinenti la finalità dell'attività sopra indicata.

Data

Firma