

Autorizzazione di accesso allo “Sportello d’Ascolto” presso l’I.I.S. Marconi di Civitavecchia

Noi sottoscritti,

(Cognome e nome del padre).....

(Cognome e nome della madre).....
genitori dell’alunno/a.....classe.....,

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato/a, acquisite le
informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell’art. 13 del D.lgs. 196/2003,

ACCONSENTIAMO: NO SI

che nostro/a figlio/a possa accedere al servizio di consulenza psicologica svolto dalla dott.ssa
Diletta Massai per il corrente anno scolastico 2026/2027 presso l’IIS Marconi di Civitavecchia.

Data.....

Firma del padre.....

Firma della madre.....