

**MODULO ADESIONE SPORTELLO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA  
PER PERSONALE SCOLASTICO E GENITORI e CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, presa visione dell'Informativa privacy sportello di psicologia scolastica, in merito  
ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello di psicologia scolastica e al trattamento dei dati personali,  
fornisce il proprio libero consenso e autorizza lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa D'Alessio Anna.

Data\*

Firma leggibile\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_