

MODULO COMUNICAZIONE DI ATTIVITA' SPECIALISTICHE IN AULA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

DICHIARO

di aver preso conoscenza dell'attività "SUPPORTO PSICOLOGICO" gestito dalla Dott.ssa Tomasi Samantha (di seguito indicato come "specialista") e della finalità che questa funzione intende perseguire al fine di Contrastare la dispersione scolastica e, in particolar modo, della necessità di effettuare osservazioni e interventi all'interno della classe ed eventuali consulenze psicologiche individuali e/o di gruppo

Allegato alla presente: informativa sul trattamento dei dati, redatta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR).

Luogo e data

Firma