

I.I.S.S. " Ten. Remo Righetti"

Via G. Galilei, 11

85025 Melfi (PZ)

I.T.I.S. - I.P.S.I.A.

Il sottoscritto/a _____ genitore/affidatario dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____SEZ. _____ della scuola I.I.S "Ten. Righetti" di Melfi nell'a.s. 2021/2022 autorizza Il/la propria figlio/a partecipare al progetto "Sportello d'ascolto" con le psicologhe dott.ssa Assunta Quaratino e dott.ssa Paola Gammone. Autorizza altresì al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy.

Luogo e data

Firma genitore 1

Firma genitore 2
