

Al Dirigente Scolastico del Liceo “A. Landi” di Velletri (RM)

Oggetto: Autorizzazione per consentire agli studenti minorenni la fruizione dello Sportello di ascolto psicologico a.s 2026 /2027 (*)

I sottoscritti genitori dell’
alunno/a frequentante la classe sez.

AUTORIZZANO

il proprio figlio/a ad
incontrare la Psicologa Dott.ssa Chiara Pecorari, esperta dell’età evolutiva e scolastica, specializzata
in disturbi dell’apprendimento e psicodiagnostica clinica.

DICHIARANO

di aver autorizzato la fruizione del servizio in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità
genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i
genitori.

INFORMATIVA PRIVACY: L’attività di sportello si attiene alle norme di legge sulla tutela della
privacy e del segreto professionale secondo il D. Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 (“Codice in
materia di protezione dei dati personali”), al provvedimento generale del Garante per la protezione
dei dati personali 30.06.2005 “Trattamento dei dati sensibili nella pubblica amministrazione” e sulla
base di quanto previsto dal Regolamento di cui al D.M.7.12.2006 n. 305, nonché dalla
Autorizzazione Generale del Garante n. 2 dell’11.12.2014. Il trattamento dei dati ha le seguenti
finalità: assolvimento dei compiti, dell’attività e delle prestazioni inerenti al servizio “Sportello
d’ascolto” attivato presso il Liceo A. Landi, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e
trasparenza e di tutela di diritti, della riservatezza.

Velletri,/...../.....

Firma dei genitori

.....

.....

(*) L’autorizzazione deve essere consegnata, da parte dello/a studente/ssa, alla psicologa interessata
al primo incontro oppure spedita dai genitori via email all’indirizzo psicologa@chiarapecorari.com
L’autorizzazione è valida per l’intero ciclo scolastico.