**CONSENSO**

**PER ACCEDERE ALLO SPORTELLO BULLISMO E CYBERBULLISMO, a. s. 2024/25**

I sottoscritti…………………………………………………………………………………, genitori

dell’alunno/a…………………………………………………………….frequentante la classe…….., sez….

dell’indirizzo…………………………

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello BULLISMO E CYBERBULLISMO, attraverso colloqui volontari e gratuiti con l’esperto.

I dati della presente saranno trattati nel rispetto del quadro normativo in materia di protezione dei dati - Regolamento (UE) 2016/679 e d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018, Codice in materia di protezione dei dati personali.

Data……………………. Firma

………………………………………

 ……………………………………..