

1^ο ΕΠΑΛ ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Ο/Η υπογεγραμμένος/η:

Ονοματεπώνυμο:

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Επιτρέπω στο παιδί μου, (Ονοματεπώνυμο Παιδιού):,
μαθητή/μαθήτρια της τάξης:, να παρακολουθείται από την ψυχολόγο
του σχολείου κα Δήμητρα Σωτηροπούλου, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της, για την παροχή
ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής καθοδήγησης.

Η παρούσα συγκατάθεση ισχύει για το σχολικό έτος 2024-2025.

Η χρήση των πληροφοριών που θα προκύψουν από τις συνεδρίες διέπεται από τις αρχές της
εμπιστευτικότητας και τηρείται η σχετική νομοθεσία για την προστασία των προσωπικών
δεδομένων.

Ημερομηνία:

Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα: