



# Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

## AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA EL DESARROLLO DE ACTUACIONES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE ACOSO ESCOLAR EN CENTROS DOCENTES NO UNIVERSITARIOS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS DE CASTILLA Y LEÓN

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN - COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

D./Dña.

D./Dña.

En calidad de madre/padre/tutor o tutora legales (*tachese lo que no proceda*) del alumno/a:

Escolarizado en el centro docente:

### MANIFIESTAN

Dar su consentimiento

No dar su consentimiento

(*señalar con una X lo que proceda*)

para que se lleven a cabo las actuaciones que se estimen oportunas en el marco del Programa de Atención Psicológica en situaciones de acoso escolar suscrito entre la Consejería de Educación y el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León (COPCyL)

Tanto las actuaciones como el uso de la información precisa para el desarrollo de las mismas, estarán sometidas al régimen de protección de datos de carácter personal que dispone la legislación vigente.

En  a  de  de  20.....

Nombre y Firma  
del padre/madre/Tutor-a legal

Nombre y Firma  
del padre/madre/Tutor-a legal

--	--