

MODULO RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO (genitori/alunni/personale)

**Direzione Didattica Statale 2 Circolo
Via Crocillo, 154 Quarto (NA)**

**Allo psicologo dott.. Giuseppe Errico,
Responsabile di progetto**

Il/I sottoscritto/i..... ,

in qualità di:

☐ GENITORI dell'alunno/a:, iscritto alla classe.....,
sezionedel Plesso di Quarto (NA);

☐ DOCENTE del Plesso di Quarto (NA);

☐ ATA del Plesso di Quarto (NA);

Numero di telefono o cellulare:

Mail:

**CHIEDE DI POTER AVERE UN COLLOQUIO CON LO
PSICOLOGO**

Data Ora (vedi calendario)

Modalità ☐ **in presenza** ☐ **a distanza**

rimanendo in attesa d conferma via mail o telefono dell'orario e del giorno dell'appuntamento.

In caso di richiesta colloquio per un alunno, questi parteciperà al colloquio:

☐ **da solo** ☐ **con uno o entrambi i genitori**

(nel primo caso è necessario compilare e inviare la liberatoria allegata)

Si allega documento di identità valido.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.LGS 196 del 2003 (Codice Privacy). Si informa che i dati, che verranno rilevati tramite l'attività di sportello di ascolto, verranno utilizzati garantendone la sicurezza e la riservatezza e saranno utilizzati esclusivamente per il servizio di sportello psicologico. I dati forniti sono inoltre coperti da segreto professionale.

Data_____

FIRMA_____