

MODELLO DI RICHIESTA PER SPORTELLO DI ASCOLTO E DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Il/la sottoscritto/a

genitore dell'alunno.....frequentante la classe SEZ.della Scuola (Infanzia-Primaria-Secondaria)..... , presa visione dell'informativa "Consenso Informato" (allegato 5), presa visione della circolare Prot. n. 2690 del 17/03/2025, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili,

Chiede

un incontro presso lo Sportello di ascolto e di consulenza psicologica dell'Istituto scolastico.

In attesa di riscontro, cordiali saluti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n.101/2018

Data.....

Firma

Oppure

I sottoscritti

.....

genitori dell'alunno.....frequentante la classe SEZ.della Scuola (Infanzia-Primaria-Secondaria)..... , presa visione dell'informativa "Consenso Informato" (allegato 5), presa visione della circolare Prot. n. 2690 del 17/03/2025, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili,

Chiedono

un incontro presso lo Sportello di ascolto e di consulenza psicologica dell'Istituto scolastico.

In attesa di riscontro, cordiali saluti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n.101/2018

Data.....

Firma

