

MODELLO DI RICHIESTA PER SPORTELLLO 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

