**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Dell’I.C. Sarno Episcopio**

**di Sarno**

**MODULO DI RICHIESTA COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA**

**GENITORI**

Il sottoscritto Genitore dell’alunno/a

 Classe sez.

* SCUOLA PRIMARIA
* SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

CHIEDE

di accedere al servizio di supporto psicologico attivato presso codesta Istituzione Scolastica per un colloquio individuale da espletarsi secondo il giorno e l’ora di cui il/la sottoscritto/a sarà successivamente informato/a, entro il giorno precedente a quello individuato per il colloquio medesimo con la Psicologa per:

(segnare con una croce l’opzione adeguata)

 Difficoltà nella gestione educativa del figlio/a

 Difficoltà relazionali, emotive o comportamentali del figlio/a

 Difficoltà dell’apprendimento del figlio/a

 Orientamento scolastico

 Disturbi alimentari, dipendenze

 Altro

Per eventuali comunicazioni in ordine alla fruizione del servizio di supporto psicologico in parola il/la sottoscritto/a comunica i seguenti propri dati:

recapito telefonico ……………….

Indirizzo e-mail …………………..

Autorizzazione al trattamento dei dati.

I dati forniti sono coperti da segreto d’ufficio e garantiti dal D.Lgs. 196/2003. Sono pertanto utilizzati esclusivamente per lo sportello psicologico.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei

dati per i soli scopi previsti dallo sportello psicologico, ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Data

Firma del/della richiedente