**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’I. C “Sarno Episcopio”**

**di Sarno (SA)**

 **MODULO DI RICHIESTA COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA**

**DOCENTI**

**A.S. 2024/2025**

Il/La sottoscritto/a. ……………………………………………………. nato/a a …………………….

il ……………………. residente in ……………………………………………………………………

Via …………………………………………………………………………………………………….

in qualità di ……………………………………………………… docente dell’Istituto Comprensivo

“Sarno Episcopio” di Sarno

,

**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.

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