**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’I.C. SARNO EPISCOPIO**

**SARNO (SA)**

**MODULO DI RICHIESTA/ AUTORIZZAZIONE COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA**

**STUDENTI**

**A.S. 2024/2025**

**Il sottoscritto** (nome e cognome) ……………………………………………………………………,

nato a ….............................................. il…………………………, residente in……………………… via……………………………………

 in qualità di Padre/Tutore legale/Affidatario

e

**La sottoscritta** (nome e cognome) ……………………………………………………………………,

nata a …...............................................il…………………………, residente in……………………… via……………………………………

in qualità di Madre/Tutore legale/Affidataria

**dell’alunno/**a (nome e cognome) ……………………………………………………………………,

nato/a a …............................................il………………………residente in……………………… via……………………………………

iscritto/a per l’a.s.2024/2025 alla classe…………sez… plesso…………………………………………

della Scuola Primaria/Secondaria dell’I.C Sarno Episcopio

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a sopra menzionato/a ad 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 proprio/a figlio/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 leggibile dei genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_