



ISTITUTO COMPRENSIVO CETRARO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo Musicale
 Via Donato Faini - 87022 - CETRARO (CS) – ☎ (0982) 91081- 91294
 C. F. 86001890788 - C. M. CSIC872004 - codice univoco ufficio UFV13L
 e-mail: csic872004@istruzione.it- PEC: csic872004@pec.istruzione.it
 Sito web: www.iccetraro.edu.it
 codice IPA: istsc_csic872004



MODULO RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO E SUPPORTO PSICOLOGICO

I sottoscritti _____ e _____
 (cognome e nome) (cognome e nome)

in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale sull'alunn _____
 (cognome e nome)

frequentante la classe _____ sez. _____ della

Scuola dell'Infanzia		Scuola Primaria		Scuola Secondaria di I grado
<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Barbara	<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Barbara	<input type="checkbox"/> Via Donato Faini – "C. Alvaro"
<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> San Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> San Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Corso San Benedetto
<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	
<input type="checkbox"/> San Filippo		<input type="checkbox"/> San Filippo		

CHIEDE/CHIEDONO

che il proprio/a figlio/a possa avere un colloquio con la psicologa dott.ssa Cristina Aloia .

In attesa di ricevere notizie in merito all'appuntamento, si porgono distinti saluti.

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale _____

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

firma del genitore

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.LGS 196 del 2003 (Codice Privacy).

Si informa che i dati, che verranno rilevati tramite l'attività di sportello di ascolto, verranno utilizzati garantendone la sicurezza e la riservatezza e saranno utilizzati esclusivamente per il servizio di sportello psicologico. I dati forniti sono inoltre coperti da segreto professionale.

firma del genitore _____

firma del genitore _____