**MODULO RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO (genitori/alunni/personale)**

**“ I.S. C.A. Dalla Chiesa Afragola (NA)”**

# Al Dott. Francesco TRAMONTANA

Il/I sottoscritto/i ,

in qualità di:

* GENITORI dell’alunno/a: ……………………………………………., iscritto alla classe ,

sezione ……………………..Ind. …………… dell’IS C.A. Dalla Chiesa Afragola (NA)**;**

* DOCENTE dell’IS C.A. Dalla Chiesa Afragola (NA)
* ATA dell’IS C.A. Dalla Chiesa Afragola (NA)

*Numero di telefono o cellulare: ………………………………………………….*

*Mail: …………………………………………………………………………………*

# CHIEDE DI POTER AVERE UN COLLOQUIO CON IL DOTT. FRANCESCO TRAMONTANA

**Data ……………………………. Ora …………………………………. (vedi calendario)**

**Modalità in presenza a distanza**

**rimanendo in attesa d conferma via mail o telefono dell’orario e del giorno dell’appuntamento.**

**In caso di richiesta colloquio per un alunno, questi parteciperà al colloquio:**

 **da solo con uno o entrambi i genitori**

**(nel primo caso è necessario compilare e inviare la liberatoria allegata)**

**Si allega documento di identità valido.**

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

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.

Data

FIRMA