Allegato 4

MODELLO DI RICHIESTA PER SPORTELLO DI ASCOLTO E DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Io sottoscritto……………………………………………………………………………………………..:

* Docente della classe………. della Scuola………………………………………………………
* Chiedo un incontro presso lo Sportello di ascolto e di consulenza psicologica dell’ Istituto scolastico;
* Chiedo un intervento di formazione in classe per una problematica scolastica. In attesa di essere contattato/a per un appuntamento, ringrazio e porgo cordiali saluti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI : Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n.101/2018.

Data……………

Firma

* Altro componente del Personale scolastico ( indicare)…………………………………………..
* Chiedo un incontro presso lo Sportello di ascolto e di consulenza psicologica dell’ Istituto scolastico;

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI : Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n.101/2018.

* Data……………

Firma

**Barrare la casella e compilare lo spazio di interesse**