**RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO (genitori)**

Alla Dott.ssa Aldeghi Cathia

IL/I SOTTOSCRITTO/I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nome e Cognome )

GENITORE/I DI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome Cognome del/la figlio/a)

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_

Numero di telefono o celluare………………………………………………….

Mail………………………………………………………………………………………

**CHIEDE DI POTER AVERE UN COLLOQUIO CON LA PSICOLOGA**

**La prof.ssa Lattarulo Giusy comunicherà l’orario e il giorno dell’appuntamento.**

**Contatto ( giusylattarulo@gmail.com)**

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.

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_