**RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO**

**(alunni/genitori/docenti/personale ATA)**

Alla Dott.ssa Limongi Carmen

[**psicologa.limongi@icpraia.edu.it**](mailto:psicologa.limongi@icpraia.edu.it)

o al referente inclusione

[**beatrice.dieni@icpraia.edu.it**](mailto:beatrice.dieni@icpraia.edu.it)

\_L\_ sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome e Cognome )

* DOCENTE SCUOLA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare l’ordine di scuola)
* PERSONALE A.T.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(specificare il ruolo)

* GENITORE DELL’ALUNNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero di telefono o cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE DI POTER AVERE UN COLLOQUIO CON LA S.V.

*Resta in attesa della comunicazione dell’orario e del giorno dell’appuntamento.*

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.LGS 101/2018 (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

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