

RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO (genitori/alunni/personale)

Alla Dott.ssa Crusco Viviana
vivianacrusco@libero.it

IL/I SOTTOSCRITTO/I

_____ (Nome e Cognome)

DOCENTE / ATA

_____ PLESSO _____

GENITORE/I DI

_____ (Nome Cognome del/la figlio/a)

Classe _____ sez. _____

Numero di telefono o cellulare

Mail

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

Rimandando 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 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 _____