



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
LAVELLO I

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad indirizzo Musicale



PERSONALE SCOLASTICO/GENITORI

Al personale scolastico/genitori si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, comunica IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e CHIEDE un appuntamento per un colloquio con il Dott. Elvio Russo.

A tal fine si comunica il proprio indirizzo mail: _____

cell _____

Luogo e Data _____, / / _____

Firma leggibile
