

RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO SPORTELLO D'ASCOLTO

(Genitori/ Personale scolastico)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a : _____

il _____, residente a _____, in _____,

in qualità di

- personale dipendente attualmente in servizio presso l'I.C. Lombardo Radice - Fermi
- genitore di alunno/i frequentante/i l'I.C. Lombardo Radice - Fermi

a seguito dell'attivazione del servizio di Sportello di Ascolto Psicologico, finalizzato a promuovere il benessere psico-fisico di tutta la comunità e fornire un supporto per fronteggiare e superare eventuali difficoltà e/o disagi,

CHIEDE

di avvalersi del servizio di consulenza psicologica offerto dallo Sportello di Ascolto, gestito dalle dottoresse Emanuela Mazzara ed Ornella Cascino. A tal fine,

DICHIARA

di essere a conoscenza che la prestazione offerta verrà effettuata nel pieno rispetto delle norme contenute nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani (Artt. 11, 13, 24) e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs n. 196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018 in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016).

Data _____

Firma _____