

RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO

(Genitori/Alunni/Personale)

Alla Dott.ssa Pamela Caci
pamelacaci@icdonmilaniticineto.edu.it

Il/I sottoscritto/i,

in qualità di:

- ☐ GENITORI dell'alunno/a:, iscritto alla classe....., sez.
.....del Plesso didell'I.C. "Don Milani".
- ☐ DOCENTE del Plesso di dell'I.C. "Don Milani".
- ☐ ATA del Plesso di dell'I.C. "Don Milani" profilo professionale di
.....

Numero di telefono o cellulare:

Mail:

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

In attesa di conoscere tempi e modalità dell'incontro,

AUTORIZZO 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 (coperti comunque da segreto professionale) verranno utilizzati garantendone la sicurezza e la riservatezza ed esclusivamente per il servizio di sportello psicologico.

Data, ____/____/____

Firma, _____