

## **RICHIESTA DI COLLOQUIO ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

- SCUOLA DELL'INFANZIA
- SCUOLA PRIMARIA
- SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Riferimento telefonico \_\_\_\_\_

Chiede di poter avere un colloquio con la psicologa scolastica per:

- Difficoltà nella gestione educativa del figlio/a
- Difficoltà di apprendimento del figlio/a
- Difficoltà relazionali, emotive, comportamentali del figlio/a
- Orientamento scolastico
- Altro \_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dei dati

I dati forniti sono coperti da segreto d'ufficio e garantiti dal D. Lgs. 196/2003. Sono pertanto utilizzati esclusivamente per lo sportello psicologico.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dato per i solo scopi previsti dallo Sportello Psicologico, ai sensi del D. Lgs 196/2003

Firma leggibile del genitore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_