**RICHIESTA DI COLLOQUIO ALLO SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ SCUOLA PRIMARIA/ SCUOLA SECONDARIA DI

I GRADO “G. S. POLI”, riferimento telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(il genitore sarà contattato direttamente dalla professionista per l'appuntamento)*

**Chiede**

 di poter avere un colloquio con la Psicologa per:

* Difficoltà nella gestione educativa del figlio/a
* Difficoltà relazionali, emotive o comportamentali del figlio/a
* Difficoltà dell’apprendimento del figlio/a
* Orientamento scolastico
* Disturbi alimentari, dipendenze
* 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 dati per i soli scopi previsti dallo sportello psicologico, ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Molfetta, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile del genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_