

ALLEGATO 2

MODELLO DI RICHIESTA APPUNTAMENTO PER SPORTELLO DI ASCOLTO

Io sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………..

* Docente della classe………. della Scuola………………………………………………………
* Altro componente del Personale scolastico (indicare)………………………………………….

Oppure

Noi sottoscritti:…………………………………….. (genitore 1) ………………………………………. (genitore 2)

* Genitori dell’alunno…………….………………………frequentante la classe….. sez…. della Scuola……………………………..

**Chiedo/chiediamo un incontro presso lo Sportello di ascolto e di consulenza psicologica dell’Istituto scolastico (**barrare la casella di proprio interesse):

 per me/noi personalmente

 *(solo per i Genitori)*, per mio figlio **senza la presenza** del/dei genitore/i

 *(solo per i Genitori)*, per mio figlio **alla presenza** del/dei genitore/i

Preferibilmente: di mattina di pomeriggio

Al fine di essere contattato/i per un appuntamento si fornisce il/i seguente/i recapito/i telefonico/i:

Cell …………………………….. Cell………………………………………

 Firma ……………………………………………………...

Firma del genitore…………………………………………………

 Firma del genitore…………………………………………………….

**In caso di firma singola:** Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 *ter* e 337 *quater* del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario/tutore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n.101/2018.