

Modulo per Maggiorenni

Ai maggiorenni (docenti, genitori, personale scolastico) si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla richiesta di appuntamento, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico on line.

Il/La sottoscritto/a

_____ ,

nato/a a _____ il _____

Nella qualità di _____, presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, FORNISCE IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e AUTORIZZA lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa Domenica Caruso, utilizzando il servizio telematico Meet in video conferenza. Pertanto il sottoscritto indica il seguente numero di cellulare _____ ed il seguente indirizzo mail istituzionale (i genitori accederanno con l'account GSuite dei propri figli)

_____ [@scuolacoppola.edu.it](mailto:_____@scuolacoppola.edu.it)

per ricevere il link dell'incontro prenotato.

Luogo e Data _____, ____/____/_____ Firma leggibile