Il presente modulo è predisposto affinché i Signori Genitori possano avvalersi del servizio di Supporto Psicologico attivo presso l’Istituto Liceo Scientifico Statale Mons. B. Mangino.

La scuola dichiara che tutti i dati e le informazioni relative al suddetto servizio o comunque assunte attraverso lo stesso, saranno trattate nel pieno ed assoluto rispetto di quanto la normativa vigente stabilisce in tema di privacy.

**Modulo di richiesta incontro**

**Anno scolastico 2024/25**

Io sottoscritto………………………………………………………………………………………………………………………..

Genitore di…………………………………………………………………………………………………………………………….

Frequentante la classe ……. Sez. …….

Richiedo

* di poter usufruire dello Sportello di ascolto tenuto dalla dott. Irno Maria
* autorizzo altresì mio/a figlio/a a partecipare ad uno o più colloqui presso lo stesso

Si allegano documenti di riconoscimento in corso di validità

Pagani, …/…/2025 Firma del Genitore

 …………………………….

 Firma del Genitore

 ……………………………