**ALLEGATO C- MODULO PRENOTAZIONE**

**Al Dirigente Scolastico**

**IC Grazzanise**

[**ceic8am001@istruzione.it**](mailto:ceic8am001@istruzione.it)

**OGGETTO: RICHIESTA APPUNTAMENTO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO.**

**Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ docente □ coordinatore □ genitore □ alunno □ personale ATA**

**Identificativo profilo istituzionale per riconoscimento e ammissione al servizio (ad esempio:**

[**mario.rossi@istitutocomprensivograzzanise.edu.it**](mailto:mario.rossi@istitutocomprensivograzzanise.edu.it)**)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**chiede prenotazione appuntamento per Sportello di Ascolto in data**

**………………………………………………………………**

**Si allega alla presente LIBERATORIA/ CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI (ALLEGATI A/B) opportunamente compilata.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA\***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Per i minori la richiesta e la liberatoria vanno sottoscritte da entrambi i genitori.**