

**RICHIESTA DI CONSULENZA/SUPPORTO PSICOLOGICO
E
DICHIARAZIONE LIBERATORIA E TUTELA DELLA PRIVACY
(Regolamento UE 2016/679)**

Io sottoscritto _____, nato a _____ (____),
il ____ / ____ / _____, residente a _____ (____),
indirizzo: _____;

- insegnante dell'istituto
 genitore di una/un alunna/o dell'istituto
 altro (precisare) _____

CHIEDO

di usufruire del **servizio di consulenza e supporto psicologico online** messo a disposizione dalla Scuola con la collaborazione dell'Ufficio di Piano dell'Ambito di Lodi e quindi

AUTORIZZO

la Dott.ssa _____ consulente psicologa dell'Equipe Prevenzione dell'Ufficio di Piano dell'Ambito di Lodi, a contattarmi al seguente numero di telefono _____
o indirizzo email _____
al fine di concordare le modalità di realizzazione dell'intervento.

Confermo di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Con la firma in calce presto il consenso e autorizzo il trattamento dei dati personali per la seguente finalità: realizzazione del servizio di consulenza e supporto psicologico da parte dell'operatore psicologo sopra indicato.

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato come previsto ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679.

In fede

(firma) _____

(luogo) _____, (data) _____