Alla Psicologa Dott.ssa Marta Cardillo

**acsportellopsicologico@gmail.com**

**MODULO DI RICHIESTA COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA PERSONALE SCOLASTICO (DOCENTI E ATA) e GENITORI**

Il/La sottoscritto/a. …………………………………………………………………………………………………………………. nato/a a ……………………………………………….….. il ……..……………………. residente in ………………………………………………… Via ………………………………………………………… in qualità di ……………………………………………………… (docente, ATA, genitore) dell’Istituto Comprensivo “Alto Casertano” di Roccamonfina,

CHIEDE

 di poter fruire di Sua prestazione professionale di sostegno psicologico.

Al fine di concordare con la S.V. tempi e modalità di colloquio, il/la sottoscritto/a comunica i seguenti propri dati:

recapito telefonico …………………………………………..….

Indirizzo e-mail …………………………………..………….…..

Si allega alla presente: Copia del Documento di identità in corso di validità del/della sottoscritto/a

 NOTA BENE: Il/la richiedente colloquio di consulenza psicologicadovrà necessariamente compilare in ogni sua parte il MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO pubblicato sul sito web dell’istituto. I suddetti documenti ovvero il “Modulo di richiesta colloquio consulenza psicologica” ed il Modulo di consenso informato per prestazioni di sostegno psicologico e la copia fronte/retro del documento di identità, opportunamente scannerizzati, andranno indirizzati ed inoltrati alla Psicologa dottoressa Marta Cardillo all’indirizzo di posta elettronica: acsportellopsicologico@gmail.com

Successivamente all’inoltro di detta documentazione, secondo le modalità sopra specificate, gli interessati riceveranno da parte della dott.ssa Marta Cardillo una mail di risposta presso l’indirizzo email dagli stessi indicato nel “Modulo di richiesta colloquio consulenza psicologica” o saranno dalla stessa contattati telefonicamente; nella mail di risposta o nel contatto telefonico ci sarà l’indicazione del giorno e dell’ora fissati dalla dottoressa per il colloquio nonché il link Meet per accedere al colloquio medesimo.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del/della richiedente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_