Alla Psicologa Dott.ssa Marta Cardillo

**acsportellopsicologico@gmail.com**

MODULO DI RICHIESTA COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA PER GLI STUDENTI

 Il sottoscritto (nome e cognome) ………….…………………………………………………………………………………, nato a .............................................. il……………………..……, residente in……………………………………………………..…………… via…………………………………………………………..…… in qualità di Padre/Tutore legale/Affidatario

E

La sottoscritta (nome e cognome)…….………………………………...………………………………………………, nata a …...............................................il…………………………, residente in…………………………………………….…………...……… via………………………………………..………………..….…… in qualità di Madre/Tutore legale/Affidataria dell’alunno/a (nome e cognome)……………..…………………………………………………………………………, nato/a a …..............................................il………….………………residente in………….……………………………………………………… via ……………………………………….……iscritto/a per l’a.s.2020/2021 alla classe……..…sez….......dell’Istituto Comprensivo “Alto Casertano” di Roccamonfina (CE),

chiedono

 di poter fruire di Sua prestazione professionale di sostegno psicologico e orientamento a favore del/della proprio figlio/a sopra nominato/a.

Al fine di concordare con la S.V. tempi e modalità di incontro i sottoscritti comunicano i seguenti propri dati:

Padre/Tutore legale/Affidatario recapito telefonico …………….………………..

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

Madre/Tutore legale/Affidataria recapito telefonico ………………………………

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

Si allega alla presente: Copia dei Documenti di identità in corso di validità dei richiedenti

Luogo e data

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

Firma della Madre/Tutore legale/Affidataria (\*)……………….……………………………………………..

 Firma del Padre/Tutore legale/Affidatario (\*) …………………….……………………………….…………. (\*)

 Nel caso di un unico sottoscrittore del presente documento, lo stesso, consapevole delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 28/12/2013 n. 154 che ha apportato modifiche al Codice Civile in tema di filiazione ( in particolare Art. 316 co 1 , Art. 337 -ter co 3 , Art. 337-quater co 3), DICHIARA ai sensi del D.P.R. 445/2000 di avere condiviso e concordato con il proprio coniuge la volontà di sottoscrivere il presente documento unitamente alle dichiarazioni nel medesimo contenute nell'osservanza delle norme del Codice Civile sopra richiamate in materia di responsabilità genitoriale.

 **NOTA BENE** il richiedente dovrà 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” contenente anche 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 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