

**ISTITUTO MAGISTRALE STATALE “REGINA MARGHERITA”**

**RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO SPORTELLO D’ASCOLTO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede l’intervento di supporto psicologico dello Psicologo Dott. …………...........................**

A tal fine dichiara:

* □  di essere personale dipendente attualmente in servizio presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* □  di essere studente maggiorenne frequentante l’Istituto- specificare la classe e l’indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* □  di essere genitore genitore della/dello studentessa/studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_
* □  di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:
* che la prestazione che verrà offerta è un sostegno psicologico di tipo consulenziale, in presenza finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale ;
* i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili;
* i dati personali e sensibili della persona che richiede il supporto psicologico resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità̀ con quanto previsto dalla normativa vigente.
al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e dal Reg UE 2016/679.

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega : documento di identità

Luogo e data

FIRMA ­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_