

Alla dott.ssa Congiu

mariapaolacongiu@gmail.com

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

Il/Lasottoscritto/a.....nato/a
a il residente in
..... Via in qualità di
..... (docente, ATA, genitore) del Liceo statale "G. M. Dettori"
di Tempio P.

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

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

NOTA BENE: lo scrivente dovrà necessariamente compilare in ogni sua parte il MODULO DI CONSENSO
INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO allegato 3