**MODULO B**

**RICHIESTA UTILIZZO SPORTELLO ASCOLTO PSICOLOGICO - MAGGIORENNI**

La Sig./lI Sig.………………………………….................................................................................. .................... nato/a a ........................................……… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ documento di identità n………………………………….rilasciato da…………………………………………….in data ……………………………. avendo ricevuto apposita informativa professionale circa i fini e le modalità della consulenza psicologica in presenza e/o online e la relativa informativa sulla privacy (ex art. 13 codice e Regolamento Europeo 679/2016 e D.lgs. 101/2018) dall’ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “TOMMASO AIELLO” di Bagheria (PA), dichiara di aver visto e compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato ed esprime il proprio libero consenso alla prestazione di consulenza psicologica, decidendo con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elena Foddai nell’ambito dello Sportello di ascolto attivato dall’ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “TOMMASO AIELLO” di Bagheria (PA).

Si allega copia del documento di identità.

Luogo e data Firma

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