



Classico  
Classico Internazionale Cambridge  
Classico della Comunicazione  
Classico Biomedico  
Musicale



 **CAMBRIDGE**  
International Examinations  
Cambridge International School



## MODULO DI PRENOTAZIONE SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- ☐ Studente della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_
- ☐ Docente
- ☐ Famiglia

del Liceo Classico e Musicale "D. Cirillo" di Aversa,

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di ascolto psicologico offerto dall'istituto con la dr.ssa Stefania Caiazzo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Solo per gli studenti minorenni, si allega anche autorizzazione dei genitori.

### Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello Supporto Psicologico.

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/affidatari  
dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez  
\_\_\_\_\_, recapiti telefonici \_\_\_\_\_

presa visione dell'Istituzione dello Sportello Supporto Psicologico presso la Scuola

### AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la dott.ssa Stefania Caiazzo.

Data \_\_\_\_\_

firma (entrambi i genitori)

I sottoscritti, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ESPRIMONO il proprio consenso al trattamento dei dati personali sensibili di mio/a figlio/a.

Data \_\_\_\_\_

firma (entrambi genitori)

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

Si allegano copie dei documenti di identità