

GENITORE/PERSONALE SCOLASTICO

Il sottoscritto

identificato/a mediante documenton°

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Leotta Alessio presso lo Sportello di ascolto.

Dichiara, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016 e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati.

Allega copia fotostatica del documento di identità

Data _____

Firma _____