

Alla Psicologa Dott.ssa Tabacchiera Valentina
email: supportopsicologico@icdueanagni.com

MODULO DI RICHIESTA COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Il/ la sottoscritto/a /I sottoscritti
nato/a a..... il residente in
..... Via.....
..... in qualità di (docente, ATA, genitori)
dell'Istituto Comprensivo 2° di Anagni,

CHIEDE/CHIEDONO

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

FIRMA*

*Nel caso in cui il colloquio venga richiesto per un alunno, è necessaria la firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà la potestà genitoriale