**ACOMPAÑAMIENTO INSTITUCIONAL ANTE SITUACIONES DE RIESGO DE SUICIDIO EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**

| Directivo: |
| --- |
| Referente Escolar/Docente Asesor de Bienestar: |
| Nombre de la Institución Educativa: |
| Nivel Educativo: |
| Localidad: |
| Fecha: |

**Breve reseña de la situación ocurrida**

|  |
| --- |
|  |

**Solicitud**

Se solicita atención psicológica para el estudiante cuyos datos se explicitan a continuación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estudiante** | **Nombre y apellido** |  |
| **DNI** |  |
| **Edad** |  |
| **Escuela** |  |
| **Domicilio** |  |
| **Tutor** | **Nombre y apellido** |  |
| **DNI** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Parentesco** |  |