**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO PSICO-PEDAGOGICO NELL’AMBITO DEL PROGETTO “SPORTELLO D’ASCOLTO”**

(*da firmare, scansionare e inviare via e-mail)*

In riferimento al progetto che coinvolgerà i ragazzi, dell’Istituto Comprensivo di Olevano Romano, relativamente allo “Sportello d’Ascolto”, si informa che la prestazione che verrà offerta al minore:

* è una consulenza psico-pedagogica finalizzata alla promozione del benessere, per l’integrazione degli alunni, per la prevenzione del disagio scolastico, il contrasto al Bullismo e al Cyberbullismo, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all’orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto. La consulenza, che non ha finalità di cura, si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale.
* Gli incontri verranno svolti in modalità “presenza” presso i locali dell’Istituto dei tre plessi.
* La psicologa Laura Mosetti è vincolata al rispetto del Codice Deontologico, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11).

**I sottoscritti COGNOME E NOME** PADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_),Via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TelefonoMADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_)Via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***AUTORIZZANO***

Il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe/sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della SCUOLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nel plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a rivolgersi allo sportello d’ascolto psicologico.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine del progetto previsto in data 15-05-2023.