

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO
SPORTELLO di SUPPORTO PSICOLOGICO NELL'AMBITO DEL PROGETTO**

“ScuolAmica”

*da firmare, scansionare e inviare via e-mail all'indirizzo
supportopsicologico@icolevanoromano.com*

In riferimento al progetto che coinvolgerà i ragazzi, dell'Istituto Comprensivo di Olevano Romano, relativamente al Progetto “ScuolAmica”, si informa che la prestazione che verrà offerta al minore:

- è una forma di supporto psicologico 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 presenza presso i locali dell'Istituto nel plesso di Olevano Romano;
- la psicologa dott.ssa Angela De Amicis è vincolata al rispetto del Codice Deontologico, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11); la dottoressa può essere contattata all'indirizzo **supportopsicologico@icolevanoromano.com**

I sottoscritti COGNOME E NOME

PADRE _____ Nato a _____
_____ (_____) il _____ e residente
a _____ (_____), Via/piazza _____ Telefono _____

MADRE _____ Nata a _____
_____ (_____) il _____ e residente a _____
_____ (_____) Via/piazza _____ Telefono _____

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore
_____ classe _____ sez _____

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a _____, frequentante la classe/sez. _____
della scuola secondaria di I grado nel plesso di Olevano Romano 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 30-06-2026 e restituito
via mail all'indirizzo **supportopsicologico@icolevanoromano.com**