

## MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLLO 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**