

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLE ATTIVITÀ DI GRUPPO O INDIVIDUALI IN COLLABORAZIONE CON AL DOTT.SSA PETARRA (esperta psicologa-circ. n.280 e 281)

I sottoscritti _____,

genitori/tutori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez _____ della scuola _____

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a ad usufruire delle attività di classe o di attività individuali, quali lo Sportello di Ascolto, informati che:

- la consulenza è gratuita, finalizzata a costruire una opportunità per favorire delle riflessioni negli studenti;
- le attività di supporto psicologico individuali, di classe o di gruppo costituiscono un momento qualificante di promozione del benessere psicofisico degli studenti;
- lo sportello di ascolto individuale, se richiesto dallo studente, costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto per rafforzare l'autostima e le proprie motivazioni scolastiche;
- per quanto di personale viene riferito, lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art.11);

Erchie, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

In caso di firma di un solo genitore.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 317 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____