

# MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO PSICO-PEDAGOGICO

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

In riferimento al progetto che coinvolgerà i ragazzi, dell'Istituto Comprensivo di Olevano Romano, 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, situazioni di disagio, bisogni educativi speciali, 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, per accogliere e prevenire le difficoltà 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" per gli alunni prenotandosi alla casella di posta elettronica lanciotti.roberta@libero.it per la psicologa e giulia.95.11@gmail.com per la pedagogista.
- La psicologa e la pedagogista sono vincolate al rispetto del Codice Deontologico, in particolare sono strettamente tenute al segreto professionale (Art. 11).

## I sottoscritti COGNOME E NOME

PADRE \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via/piazza  
\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_ nato 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 psico-pedagogico.

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*