

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ in
via _____, prov. _____, C.F. _____,
identificato con il documento _____,
n. _____;

la sottoscritta _____ nata a _____
il _____ e residente a _____ in
via _____, prov. _____,
C.F. _____, identificato con il
documento _____, n. _____,

in qualità di esercenti la potestà genitoriale dell'allievo/a
_____ frequentante la
classe _____, plesso _____ di suddetto Istituto,
sono consapevoli che la summenzionata scuola ha istituito uno sportello di ascolto psicologico a cura della
dott.ssa Rosa Cerchiara al fine di:

- promuovere il benessere scolastico e di vita degli studenti;
- creare occasioni di ascolto, sostegno alla crescita, gestione e risoluzione di problemi e conflittualità legati alla crescita;
- educare alla conoscenza di sé e delle proprie emozioni per instaurare positive ed efficaci relazioni con gli altri.

I sottoscritti autorizzano il/la proprio/a figlio/a a fruire della consulenza individuale dello sportello psicologico in orario curricolare e presso i locali della scuola.

E' obbligatoria la firma di entrambi i genitori o di chi ne fa le veci.

Corigliano-Rossano, lì

Padre

Madre

Il/lasottoscritto/a _____
genitore/affidatario dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____, dichiara di effettuare da solo l'autorizzazione in quanto l'altro genitore si trova in una situazione di impedimento alla firma per il consenso, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di effettuare l'autorizzazione, a quanto richiesto, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.
Corigliano-Rossano, lì

FIRMA DEL GENITORE