



MINISTERO dell'ISTRUZIONE e del MERITO  
 ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
 "G. FALCONE - R. SCAUDA"  
 Torre del Greco (NA)



C.M.: NAIC8DF00A



C.F.: 95170530638



C.U.: UF0XLL



Tel.: 0818834377



e-mail: [naic8df00a@istruzione.it](mailto:naic8df00a@istruzione.it) – [naic8df00a@pec.istruzione.it](mailto:naic8df00a@pec.istruzione.it) [www.icfalconescaudatorredelgreco.edu.it](http://www.icfalconescaudatorredelgreco.edu.it)

Dirigenza Scolastica ed Uffici Amministrativi: sede via Cupa Campanariello, n. 5 – 80059 Torre del Greco (NA)

Sedi di plesso: "G. CONTE" – "G. ORSI" – "G.B. SCARAMELLA" – "R. SCAUDA"

**OGGETTO: CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO**

**SI SPECIFICA CHE:**

I MODULI FIRMATI NON OBBLIGANO IN ALCUN MODO I RAGAZZI AD USUFRUIRE DELLO SPORTELLO. SEMPLICEMENTE OFFRONO LORO LA POSSIBILITA' DI FARLO SE E QUANDO LO RITENGANO NECESSARIO DURANTE L'ANNO SCOLASTICO.

In riferimento all'oggetto si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, 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, si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

I sottoscritti COGNOME E NOME

- PADRE/Tutore \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
 via/piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

- MADRE/Tutore \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
 via/piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di esercente/i la potestà genitoriale/tutoria sul minore \_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

AUTORIZZA

AUTORIZZANO

(Barrare la casella che interessa)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutore \_\_\_\_\_ Firma della madre/tutore \_\_\_\_\_

### Consenso per il trattamento di dati personali

In relazione al trattamento dei dati personali di mio/a figlio/a per le attività di partecipazione allo Sportello d'ascolto, consapevole che in mancanza di consenso non sarà possibile l'effettuazione delle attività previste dallo sportello

presto il consenso

nego il consenso

Data e luogo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta 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.**

**Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, DICHIARO che in qualità di genitore, l'altro genitore è a conoscenza e d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso il presente documento.**

Data e luogo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

