



Cofinanziato
dall'Unione europea



UNIONE MONTANA
DEI COMUNI DEL SANGRO

Ente Capofila

Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino

Progetto di contrasto alla povertà educativa minorile "ORIZZONTI EDUCATIVI: ALLEANZE LOCALI PER IL FUTURO DEI BAMBINI, DELLE BAMBINE E DEI GIOVANI", finanziato dalla Regione Abruzzo, Dipartimento Sociale - Enti Locali - Cultura Servizio Programmazione Sociale nell'ambito del PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027 –

CUP: C44D25002140009

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO

SI SPECIFICA CHE:

N.B 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 al progetto di contrasto alla povertà educativa minorile "Orizzonti educativi: alleanze locali per il futuro dei bambini, delle bambine e dei giovani" dell'ADS n. 12 "Sangro-Aventino" che coinvolgerà i ragazzi della scuola secondaria di 1° e 2° grado si informa che:

- il servizio di consulenza psicologica sarà svolto dalla psicologa dott.ssa **SILVIA MARTORELLA**
- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali e al sostegno emotivo-affettivo;
- si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale e di possibili attività organizzate in classe in sinergia con le richieste degli insegnanti e previo avviso alle famiglie;
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- lo psicologo 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 _____

COGNOME E NOME MADRE/Tutore _____

Nato a _____ (_____) il _____ e

residente a _____ (____), in via/piazza _____

Telefono _____



Cofinanziato
dall'Unione europea



In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore _____ che frequenta la Scuola di _____ classe _____ sez _____

o AUTORIZZANO

o NON AUTORIZZANO (Barrare la casella che interessa)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri e a partecipare ad eventuali attività organizzate in classe previo avviso alle famiglie.

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 _____

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