



Cofinanziato
dall'Unione europea



Progetto di contrasto alla povertà educativa minorile "Costruire Futuro: interventi sinergici contro la Povertà educativa nel territorio degli Ambiti 07 e 08", finanziato dalla Regione Abruzzo, Dipartimento Sociale - Enti Locali - Cultura Servizio Programmazione Sociale nell'ambito del PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027 –

CUP: C74D25002070009

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI e DELLE ALUNNE ALLO SPORTELLLO PSICOLOGICO

SI SPECIFICA CHE:

N.B I MODULI FIRMATI NON OBBLIGANO IN ALCUN MODO I RAGAZZI AD USUFRUIRE DELLO SPORTELLLO. 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 "Costruire Futuro: interventi sinergici contro la Povertà educativa nel territorio degli Ambiti 07 e 08" dell'ADS n. 08 "Comune di Chieti", in partenariato con l'ADS n.07 "Vastese", che coinvolgerà i ragazzi e le ragazze delle scuole secondarie di 1° e 2° grado insistenti sui rispettivi territori, si informa che:

- il servizio di consulenza psicologica sarà svolto dalla psicologa dott.ssa Anna Nanni in possesso di tutti i requisiti obbligatori;
- la prestazione che verrà offerta al/alla minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali e al sostegno emotivo-affettivo;
- il servizio si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale e di possibili attività organizzate in classe in sinergia con le richieste dei docenti e previa comunicazione alle famiglie;
- lo psicologo/a è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- lo psicologo/a 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 _____



Cofinanziato
dall'Unione europea



COGNOME E NOME MADRE/Tutore _____

Nato a _____ (_____) il _____ e

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

Telefono _____

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul/sulla minore _____

frequentante la Scuola _____ classe _____ sez _____

Presso il Comune di:

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 previa opportuna comunicazione 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