MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO DEL MINORE AL SERVIZIO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

 Al Dirigente Scolastico

Dell’IC LUIGI SETTEMBRINI di Maddaloni (CE)

l sottoscritti (nome e cognome padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e (nome e cognome madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori (se altro specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In virtù della potestà genitoriale e di un’adeguata informazione sui contenuti e finalità del Servizio “Sportello d’Ascolto" attivato nell’anno scolastico 2020/2021

AUTORIZZANO

 il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello di Ascolto, tenuto dalla Dott.ssa Zampella Antonella Maria e sono informati che:

• è una consulenza gratuita;

* Il servizio è finalizzato ad
1. avviare/potenziare un sistema di assistenza e supporto psicologico per prevenire e trattare forme di disagio e/o malessere psico-fisico tra bambini e alunni di iscritti all’Istituto Comprensivo;
2. fornire un supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, per rispondere ai traumi e ai disagi derivati dall’emergenza COVID-19;
3. contribuire a migliorare complessivamente il servizio scolastico e gli esiti di apprendimento, in conformità agli indirizzi strategici dell’Istituto.

Maddaloni,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma es. patria potestà\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_