

**CONSENSO INFORMATO PER LE ATTIVITÀ
DELLO SPORTELLO PSICOLOGICO SCOLASTICO A.S.**

I sottoscritti _____,

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore

_____ nato/a il _____ a _____

frequentante la classesezionedella Scuola Secondaria di I Grado "Massimo Stanzione" di Orta di Atella, dichiarano di aver preso conoscenza della attività del Progetto Accoglienza gestito dalla dott.ssa De Simone e della finalità che questa funzione intende perseguire ai fini del benessere degli alunni e delle loro famiglie

AUTORIZZANO

la specialista, dott.ssa De Simone,

- ad effettuare osservazioni dei singoli alunni e delle dinamiche del gruppo classe. Le attività di osservazione sono volte ad agevolare le insegnanti nell'individuazione di strategie di intervento sullo stesso gruppo classe. SI NO
- lo scambio di informazioni con i docenti ed eventuali ulteriori referenti educativi per confrontarsi anche su situazioni specifiche SI NO
- la partecipazione del proprio figlio/a ai laboratori eventualmente attivati SI NO

Le attività, attuate nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale, prevedranno l'eventuale coinvolgimento dei genitori per eventuali confronti ed approfondimenti.

I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

PADRE _____ MADRE _____

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)