

Servizio di Psicologia Scolastica Anno Scolastico 2023/2024

MODULO DI CONSENSO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Alunn _____

Classe: _____ Indirizzo: _____ Plesso: _____

Io sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ Prov. _____, identificat _____

mediante documento _____ n° _____,

rilasciato da _____ il _____

_____adre/affidatario/tutore

e lo sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ Prov. _____, identificat _____

mediante documento _____ n° _____,

rilasciato da _____ il _____

_____adre/affidatario/tutore

esprimiamo il consenso a che nostr _____ figli _____

nat _____ a _____ il _____, usufruisca dello sportello di ascolto

psicologico con la Psicologa del Servizio di Psicologia Scolastica, Dottoressa Eleonora Mangano.

Il servizio di ascolto psicologico è un servizio breve e mirato a fornire strategie legate all'ambiente scolastico. Se l'interessato/a dovesse aver bisogno di un sostegno che vada al di là di ciò che la

Psicologa della scuola può fornire, sarà premura di quest'ultima fornire alla famiglia indicazioni utili.

La Psicologa è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede

anche l'obbligo al segreto professionale derogabile previo consenso dell'interessato/a e, in caso di

minore età, di chi esercita la responsabilità genitoriale.

Data _____

Firme

N.B. Il modulo deve contenere la firma di entrambi i genitori, se ambedue esercenti la responsabilità genitoriale. In situazioni eccezionali, in cui solo un genitore risulti esercente la responsabilità genitoriale sarà sufficiente la sua autorizzazione. In caso di minore in carico a persone diverse dai genitori il modulo va compilato con i dati del tutore.

N.B. SE MAGGIORENNE, IL CONSENSO PUÒ ESSERE FIRMATO DALLO/A STUDENTE/STUDENTESSA

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ il _____ a
_____, identificat__ mediante documento _____
n° _____, rilasciato da _____ il _____
frequentante la Classe: _____ Indirizzo: _____ Plesso: _____
del Liceo "Sciascia-Fermi", esprimo il consenso ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa
del Servizio di Psicologia Scolastica Dottoressa Eleonora Mangano.

Data _____

Firma _____

**SI PREGA DI INVIARE IL MODULO DI CONSENSO FIRMATO AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:
eleonora.mangano@liceosciasciafermi.edu.it oppure tramite whatsapp al numero 328.8237340.**