

**S. S. S. di I Grado Cotugno – Carducci – Giovanni XXIII**

 Via S.Ten.VitoIppedico, 11- 70037 RUVO DI PUGLIA (BA)

Tel./fax 0803611009

Cod.Mecc. BAMM281007- C.F. 93423380729

e-mail:BAMM281007@istruzione.it - P.E.C.:bamm281007@pec.istruzione

Ruvo di Puglia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Progetto Diritti a Scuola – Sportello Psicologico**

**CONSENSO INFORMATO ATTIVITA’ DI CONSULENZA PSICOLOGICA**

*Ai sensi dell’art. 24 del***“Codice Deontologico degli Psicologi italiani”**

I sottoscritti (cognome e nome del padre)…………………………………………………………………………………….

E (cognome e nome della madre) …………………………………………………………………………………………………

Genitori del minore (cognome e nome del figlio) ………………………………………………………………………...

Frequentante la classe ……………… Sezione ……………… Plesso …………………….Recapito telefonico: ………………………………………………………………………………………………….

**ESPRIMONO**

* Il proprio consenso affinché il minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- abbia libero accesso allo sportello di ascolto psicologico, attivo nelle ore curriculari, a cura della dott.ssa Lampo Francesca, Psicologa Psicoterapeuta;

- partecipi alle attività di gruppo, in classe durante le ore curriculari, condotte dalla dott.ssa Lampo, relative al percorso di educazione all’affettività e alla sessualità.

- I sottoscritti sono informati che le suddette attività sono previste nell’ambito del progetto “DIRITTI A SCUOLA” attuato dall’Istituto “Cotugno-Carducci-Giovanni XXIII” per l’anno 2016.

- I sottoscritti sono, inoltre, informati che gli interventi psicologici individuali e di gruppo saranno finalizzati a promuovere il benessere psicologico degli alunni all’interno del contesto scolastico, offrendo strumenti efficaci per il rafforzamento dell’integrazione sociale ed il successo scolastico.

* Il proprio consenso al trattamento dei dati personali del minore di cui sono genitori, ai sensi dell’art 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, esclusivamente per le finalità di cui sopra.

**I sottoscritti, in qualità di genitori del succitato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentono che il proprio figlio partecipi alle attività di Sportello Psicologico previste dal Progetto “Diritti a Scuola”, a cura della dott.ssa LAMPO FRANCESCA, ovvero incontri individuali e/o di gruppo.**

**E’ richiesta obbligatoriamente la firma di entrambi i genitori.**

Firma del padreFirma della madre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_