***Allegato***

**CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL SERVIZIO PSICOLOGICO**

Nell’ambito del servizio psicologico, attivato dall’Istituto Comprensivo “Contessa Tornielli Bellini”, sono previste le seguenti attività:

* Osservazioni in classe su richiesta degli insegnanti
* Conduzione di incontri tematici per gruppi classe
* Conduzione di colloqui psicologici con singoli alunni

Il servizio è gestito dalla Funzione Strumentale BES maestra Roberta Paglino, dalla Funzione Strumentale Inclusione Prof.ssa Emanuela Pirri per la Scuola Secondaria di I grado e dalle psicologhe Dott.ssa Roberta Accornero (Scuola Primaria), Dott.ssa Ilaria Caccia (Scuola Primaria) e Dott.ssa Cecilia Zaninetti (Scuola dell’Infanzia e Secondaria di I grado).

Le attività si svolgeranno nel rispetto delle normative vigenti (vedi INFORMATIVA SUPPORTO PSICOLOGICO, consultabile sul sito della scuola nella sezione privacy) e della deontologia professionale e prevederanno in coinvolgimento dei genitori dove necessario.

**CONSENSO INFORMATO DA RESTITUIRE ALL’ISTITUTO**

Noi sottoscritti (*cognome* e *nome*)

Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore

*(cognome e nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

Di aver preso visione delle attività e delle finalità previste dal servizio psicologico e di autorizzarne lo svolgimento.

Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_