**Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico**

I sottoscritti:

Genitore 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr. Di cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di Scuola dell’Infanzia/Primaria/SSIG/Liceo/Ipsia

del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito presso codesto istituto

CHIEDONO

L’utilizzo dello sportello psicologico individuale per il proprio figlio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZZANO

ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento UE 679/2016 il/la proprio/a figlio/a ad effettuare dei colloqui psicologici con la dr.ssa Gimigliano Caterina, presso lo sportello d'ascolto attivato da codesto Istituto.

Gli incontri con la psicologa scolastica avverranno in presenza, il martedì tra le h. 9 e le h. 12.00, presso la sede Centrale della Scuola Secondaria di I grado di Filadelfia o altre sedi della scuola.

Garantiscono che il proprio figlio è stato educato al rispetto delle regole relative alla prevenzione del contagio e si dichiarano consapevoli che qualunque comportamento pericoloso attribuibile all’alunno potrà essere sanzionato.

Dichiarano che:

* Il proprio figlio non ha sintomatologia respiratoria associabile al contagio da Covid-Sars-2
* Il proprio figlio non è entrato in contatto con soggetti positivi
* Nella propria famiglia nessuno è positivo

Allegano:

1. Copia carta di identità di entrambi i genitori
2. Informativa sulla Privacy firmata da entrambi i genitori

Data:

Firma del genitore 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_