

MODULO DI CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

**Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo 3
Rodari Anecchino
Via Modigliani 30-32
Pozzuoli**

I sottoscritti....., genitori
(Specificare se altro, ad esempio affidatario o tutore.....) dell'alunno/a
....., nato/a a il
..... e frequentante la classe..... sez., presa visione degli obiettivi e delle
metodologie d'intervento dello sportello d'ascolto psicologico attivato nell'anno scolastico
2014/2015 presso l'Istituto Comprensivo 3 Rodari Anecchino

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa Dott.ssa Anna Maria Silvestri.

Il contenuto dei colloqui sarà riservato. La presente vale anche come autorizzazione a comunicare alla scuola, in via riservata, l'esito del colloquio ed eventuali test somministrati all'alunno qualora emergessero elementi tali da ritenerlo necessario.

In fede

Firma padre.....

Firma madre.....

Luogo e data