## - Da restituire al Coordinatore di classe –

**Modulo per consenso informato per prestazioni psicologiche a minorenni**

## ACCESSO ALLO SPORTELLO d'ASCOLTO individuale

## STUDENTI

## (Scuola secondaria II grado)

Con la presente, i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale prendono visione dell'inizio delle attività complessive previste dal **Progetto "Sportello d'Ascolto" A.S. 2025-2026** e apponendo una crocetta dichiarano che:

☐ **Autorizzo** mio/a figlio/a ……..classe ……..se lo desidera, ad accedere allo sportello.

☐ **Non autorizzo** mio/a figlio/a ……classe ……. ad accedere allo sportello.

I sottoscritti _____ e _____, in qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale del minore _____, comunicano di esprimere congiuntamente il parere circa la possibilità che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali previste nel **progetto "Sportello Ascolto" che prevede la consulenza da parte della Psicologa Dott.ssa Cristina Mori nella sede di Pavullo e della Psicologa Dott.ssa Dania Cappelli per la sede di Pievepelago**

Data _____ Firma _____

Firma _____

La presente autorizzazione ha validità sino al termine del progetto, salvo diversa disposizione dei genitori, da comunicare.

**Da compilare nella eventualità che la presente autorizzazione sia sottoscritta da UNO SOLO DEI GENITORI/ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE:**

Il/La sottoscritto/a _____, genitore/esercente la responsabilità genitoriale del minore _____, dichiara di aver dato l'autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Data_____**

**Firma (genitore)_____**

## - Da restituire al Coordinatore di classe –

**Modulo per consenso informato per prestazioni psicologiche a minorenni**

## INTERVENTI RIVOLTI A GRUPPI CLASSE

## (Scuola secondaria II grado)

(es: mediazione dei conflitti, relazioni, regole, prevenzione comportamenti a rischio….)

Con la presente, i genitori prendono visione dell'inizio delle attività complessive previste dal **Progetto "Sportello Ascolto" A.S. 2025-2026** e apponendo una crocetta dichiarano che:

☐ **Autorizzo** mio/a figlio/a ……classe …… se lo desidera, a partecipare alle attività rivolte ai gruppi classe.

☐ **Non autorizzo** mio/a figlio/a ……classe …… a partecipare alle attività.

I sottoscritti _____ e _____, in qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale del minore _____, comunicano di esprimere congiuntamente il parere circa la possibilità che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali previste nel **progetto "Sportello Ascolto" che prevede progetti rivolti alla classe, tenute dalle dott.ssa Cristina Mori ( sede di Pavullo) e e dott.ssa Dania Cappelli ( sede di Pievepelago) su tematiche relative alla sfera delle emozioni in base alle necessità riscontrate dal Consiglio di Classe.**

Data _____ Firma _____

Firma _____

La presente autorizzazione ha validità sino al termine del progetto, salvo diversa disposizione dei genitori, da comunicare.

**Da compilare nella eventualità che la presente autorizzazione sia sottoscritta da UNO SOLO DEI GENITORI/ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE:**

Il/La sottoscritto/a _____, genitore/esercente la responsabilità genitoriale del minore _____, dichiara di aver dato l'autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Data_____**

**Firma (genitore)_____**