



PROGETTO “IL CIELO IN UNA STANZA”
CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI DELL’ALUNNO
A.S. 2023/2024

I sottoscritti genitori:

Padre (o tutore legale) _____ nato a _____ (____) il _____, residente a _____, in via _____,

Madre _____ nata a _____ (____) il _____, residente a _____, in via _____,

genitori/tutori dell’alunno/a _____ nato a _____ (____) il ____/____/____ frequentante la classe _____ dell’Istituto Comprensivo Via Merope di Roma, plesso:

Primaria/plesso Merope Secondaria/plesso Merope Primaria/plesso Calimera

DICHIARANO DI ESSERE INFORMATI

- In merito alle attività di Sportello d’ascolto e consulenza psicologica/sociale previste dal progetto “Il cielo in una stanza” e finalizzate al benessere psicologico, al sostegno dell’età evolutiva, alla crescita personale, al supporto emotivo-affettivo ed all’orientamento e mediazione nella gestione delle dinamiche relazionali a supporto del benessere e superamento del disagio del proprio figlio/a;
- che il servizio dello Sportello consiste in colloqui individuali della durata di circa 30/40 minuti, che si svolgono in presenza presso una delle sedi scolastiche, previo appuntamento;
- che allo Sportello possono accedere solamente gli alunni che hanno consegnato la presente autorizzazione firmata da entrambi i genitori;
- che i colloqui **NON** hanno una finalità terapeutica, ma costituiscono un momento d’ascolto e consulenza in un’ottica di promozione del benessere e prevenzione del disagio;
- che la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani ed è tenuta al segreto professionale (Art.11);
- che gli incontri sono **gratuiti**, vincolati dal segreto professionale e si svolgono nel rispetto della privacy;
- che il servizio dello Sportello sarà svolto dalla Dott.ssa Alberta Venzi (Iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n° 17066).

- che per prenotare un appuntamento l'alunno/a o il genitore dovrà contattare l'esperto inviando una mail a prog.ilcieloinunastanza@gmail.com indicando nome, cognome, classe frequentata e recapito telefonico del genitore.

Per quanto sopra descritto, in relazione alle attività del progetto "Il cielo in una stanza",

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il proprio figlio/a ad usufruire dei colloqui individuali – Sportello d'ascolto.

Roma, _____

Firma dei genitori*/Tutore

Padre _____

Madre _____

* In caso di unico genitore firmatario, nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il sottoscritto, genitore unico firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

DICHIARA

di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

