

**MODULO CONSENSO INFORMATO
PER LE ATTIVITA' DI SUPPORTO PSICOLOGICO A MINORENNI
TRAMITE SPORTELLO PSICOLOGICO a.s. 2023/2024**

I/il sottoscritti/o genitori/e del/la minore _____

nato/a _____ il _____
frequentante la classe _____ sezione _____ dell'ICS "Nelson Mandela" -
Scuola primaria di I grado sede di _____,
dichiarano/dichiara di aver preso conoscenza del progetto "Sportello Psicologico"
gestito dallo psicologo psicoterapeuta dott. Matteo Lima e dell'Informativa allegata
alla Circolare.

AUTORIZZANO/AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello Psicologico.

SÌ

NO

Le attività verranno svolte nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale.

Data _____

PADRE _____ MADRE _____

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori
(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)

Qualora risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile:

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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".

FIRMA _____