



Ministero dell'istruzione e del merito

ISTITUTO OMNICOMPRESIVO R. LAPORTA

05015 Fabro(TR) Piazzale F. Parri,3 Tel. 0763/832044-839175
Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556
E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it
Sito web: www.istfabro.edu.it



Funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union 

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO – ISTITUTO R. LAPORTA – PROGETTO A.S. 2024/2025

Alla Dirigente Scolastica Dott.ssa Cinzia Meatta

Al Dottor Federico Pettinari

(Cognome/Nome del padre) _____

(Cognome/Nome della madre) _____

genitori dell'alunno/a (Cognome/Nome del figlio)

frequentante la Scuola Primaria / Secondaria di I° di San Venanzo classe Sez

Data di nascita: _____

Premesso che:

- La scuola ha attivato uno sportello d'ascolto psicologico per gli studenti, con l'obiettivo di supportare il benessere psicologico e relazionale degli stessi.
- Lo sportello è condotto da uno psicologo professionista regolarmente abilitato e iscritto all'Ordine degli Psicologi.
- L'intervento è completamente volontario e confidenziale, nel rispetto della privacy e della deontologia professionale.
- Il servizio di ascolto è orientato a supportare lo studente nel superamento di eventuali difficoltà psicologiche, emotive e relazionali, garantendo uno spazio sicuro e protetto per l'espressione e la riflessione.



Ministero dell'istruzione e del merito

ISTITUTO OMNICOMPRESIVO R. LAPORTA

05015 Fabro(TR) Piazzale F. Parri,3 Tel. 0763/832044-839175
Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556
E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it
Sito web: www.istfabro.edu.it



Funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union 

Autorizzo

la partecipazione di mio/a figlio/a allo sportello psicologico, che si terrà durante l'orario scolastico, con il supporto dello psicologo incaricato dalla scuola.

In particolare, dichiaro e confermo che:

- Sono a conoscenza che la partecipazione è volontaria e che mio/a figlio/a può decidere di interrompere la partecipazione in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza.
- Le informazioni condivise nel corso delle sessioni d'ascolto saranno trattate nel rispetto della privacy, conformemente alle normative in vigore (Regolamento UE 2016/679 – GDPR).
- Sono consapevole che, qualora emergano situazioni di particolare gravità o di rischio per la sicurezza dello studente o di altre persone, lo psicologo ha l'obbligo di segnalare l'accaduto ai competenti servizi sociali o autorità, come previsto dalla legge.

Autorizzazione alla partecipazione:

- Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare allo sportello psicologico.
 Non autorizzo mio/a figlio/a a partecipare allo sportello psicologico.

Firma del genitore/tutore:

Data:

MODULO CONSENSO INFORMATO DA COMPILARE E RESTITUIRE ALLA SCUOLA



Ministero dell'istruzione e del merito

ISTITUTO OMNICOMPRESIVO R. LAPORTA

05015 Fabro(TR) Piazzale F. Parri,3 Tel. 0763/832044-839175

Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556

E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it

Sito web: www.istfabro.edu.it



Funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

