**MODULO A**

**RICHIESTA UTILIZZO SPORTELLO ASCOLTO PSICOLOGICO – MINORENNI**

I sottoscritti (padre)……………................................................................................................................

(madre)……………………………………………………………………………………………………………………………………………

documento di identità (padre) n……………………………rilasciato da……………………………………………. in data………, documento di identità (madre) n…………………………………………..rilasciato da…………………………......................in data…………….…… oppure il/la sottoscritto/a in qualità di affidatario/tutore documento di identità n…………………………………………..rilasciato da…………………………......................in data…………….……, in qualità di genitori/genitore affidatario/tutore dell’alunno/a…………………............ nato/a.......................... il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Classe…… Sez..……, avendo ricevuto apposita informativa professionale circa i fini e le modalità della consulenza psicologica in presenza e/o online e la relativa informativa sulla privacy (ex art. 13 codice e Regolamento Europeo 679/2016 e D.lgs. 101/2018) dall’ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “TOMMASO AIELLO” di Bagheria (PA), dichiarano di aver visto ed adeguatamente compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e di esprimere, nell’esercizio della propria responsabilità genitoriale, il proprio libero consenso a che il proprio figlio/a usufruisca della prestazione di consulenza psicologica, decidendo con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elena Foddai nell’ambito dello Sportello di ascolto attivato dall’Istituto.

Gli stessi genitori/Tutore sono a conoscenza che su richiesta degli insegnanti o degli stessi genitori, potranno essere effettuate delle valutazioni sulle abilità di lettura, scrittura e/o calcolo al fine di realizzare un profilo individuale che metta in evidenza i punti di forza e di debolezza delle abilità scolastiche dell’alunno/a.

Si allega copia del documento di identità.

Luogo e data Firma di entrambi genitori/affidatario/tutore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_