

**ISTITUTO COMPRENSIVO
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA PRIMO GRADO**

Via Italia - Tel. 096881006- E-mail: czic813004@istruzione.it –
Sito web: www.icserrastretta.it Codice Meccanografico: CZIC813004 – C.F: 82006460792
88040 SERRASTRETТА (CZ)



Allegato 2

**Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico
a.s. 2020/2021**

(ai sensi dell'art. 24 e dell'art. 31 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani)

Il sig. e la sig.ra
genitori/affidatari dell'alunno/a nato/a
a
..... il..... frequentante la
classe sezione dell'Istituto....., presa visione
dell'informativa relativa all'attivazione dello Sportello d'Ascolto Psicologico

AUTORIZZANO

la partecipazione del minore all' **attività di supporto psicologico rivolta agli studenti per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 (Nota MIUR DGRUF Prot. 23072 del 30 settembre 2020).**

Lo Sportello di Ascolto Psicologico sarà gestito dalla **dott.ssa Aida Rizzo** (Ordine degli Psicologi della Calabria, n. 1166).

Luogo

Data

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

(Il modulo deve essere firmato da entrambi i genitori)