|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\UTENTE\Desktop\corona virus\CIRCOLARI\download.png | C:\Users\UTENTE\Desktop\desktop completo salvato\SELFIE\Open Badge.png | STEMMA | C:\Users\UTENTE\Desktop\corona virus\CIRCOLARI\download (2).png | https://www.istruzione.it/scuola_digitale/img/sd-box-pnsd.png |

*Ministero dell’Istruzione*

*DISTRETTO SCOLASTICO n. 22*

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “MONTALTO SCALO”**

*Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° Grado ad indirizzo musicale*

Via Villaggio, 1

**87040 MONTALTO UFFUGO SCALO (CS**)

Tel. 0984/1525060 - C.F.80002540781- C.M. CSIC88900D - C.U. UFYMVX

PEO [csic88900d@istruzione.it-](mailto:CSMM14600D@istruzione.it-) PEC [csic88900d@pec.istruzione.it](mailto:csic88900d@pec.istruzione.it) - SITO WEB http//icmontaltoscalo.edu.it

Autorizzazione colloquio con lo psicologo

Noi sottoscritti……………………………………………………………….…………

………………………………………………………………………………………… genitori dell’alunno/a………………………………………………… frequentante la classe………….sez……della Scuola………………………………..………………...,

AUTORIZZIAMO

la partecipazione di nostro/a figlio/a al colloquio individuale e/o di gruppo con la psicologa, dott.ssa Moira Valente, nell’ambito dello Sportello d’ascolto psicologico attivato dall’Istituto Comprensivo Montalto Scalo.

**CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA PER I MINORI**

Lo Psicologo è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l’obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale.

lì…………………………………………..

Firma del padre…………………………………………………………………………..……

Firma della madre……………………………………………………………………………