

**MIM**Ministero dell'Istruzione
e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTOGGIO"
Via Scuole Medie s.n.c. - 95032 Belpasso (CT)
C.F. 93253630870 - C.M. CTIC8BM00T - Tel. 095 912381

ctic8bm00t@istruzione.it; ctic8bm00t@pec.istruzione.it; scuolaninomartoglio.edu.it

Al Dirigente Scolastico
I.C. "Martoglio" Belpasso (CT)

AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ DI GRUPPO DELLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Oggetto: Avvio servizio di supporto psicologico

Il/i sottoscritto/i _____ genitore/i
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____, della
scuola _____ (indicare se media o primaria)

DICHIARA/DICHIARANO

di essere stato/i informato/i su:

- ✓ funzionamento dello sportello di ascolto psicologico attivato dalla scuola;
- ✓ modalità di intervento in classe con attività di gruppo;
- ✓ assenza di colloqui individuali con gli alunni senza il diretto coinvolgimento del genitore dell'alunno/a interessato/a.

Nel caso in cui il presente modulo sia sottoscritto da un solo genitore, quest'ultimo dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste dal D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, che la scelta espressa è condivisa dall'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale, nel rispetto degli artt. 316, 337-ter e 337-quater del Codice civile.

Con la presente, dunque,

- ☐ Autorizza/no il proprio figlio/a alla partecipazione alle attività di progetto in classe.
ovvero
- ☐ Non autorizza/no il proprio figlio/a alla partecipazione alle attività di progetto in classe per i seguenti motivi:

Firme:

Genitore 1/Tutore

Genitore 2