

# ISTITUTO COMPRENSIVO “DON BOSCO – BATTISTI”

Scuole dell'Infanzia “Torricelli – L. da Vinci – Borgo Tressanti”;  
Scuole Primarie “C. Battisti – Tressanti”; Scuola Secondaria di I Grado “Don Bosco” - “Tressanti”

## ALLEGATO 2

### AUTORIZZAZIONE / CONSENSO PER L'ACCESSO ALLO “SPAZIO BENESSERE SCUOLA”

Sportello di ascolto e supporto psicologico

Alla Dirigente Scolastica dell'Istituto

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

e il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/i – esercente/i la responsabilità genitoriale – affidatario/i – tutore/i del/della minore:

Nome e cognome dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Sezione / Plesso \_\_\_\_\_

### DICHIARA/DICHIARANO

1. di essere a conoscenza del servizio offerto dallo “Spazio Benessere Scuola – Sportello di ascolto e supporto psicologico”;
2. di aver preso visione dell'Informativa sullo Spazio Benessere Scuola (Allegato 1);
3. di essere stato/a/i informato/a/i che i colloqui hanno natura di ascolto e consulenza psicologica in ambito scolastico e sono tutelati dalla riservatezza e dal segreto professionale nei limiti previsti dalla normativa applicabile.

### PERTANTO

☐ AUTORIZZA/AUTORIZZANO E ACCONSENTE/ACCONSENTONO

affinché il/la proprio/a figlio/a minorenni possa accedere allo “Spazio Benessere Scuola – Sportello di ascolto e supporto psicologico” e usufruire di colloqui con la Dott.ssa Rosaria Dimodugno, Psicologa. L'autorizzazione/consenso resta valido fino a revoca, salvo diverse disposizioni organizzative dell'Istituto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma genitore / esercente responsabilità genitoriale 1 \_\_\_\_\_

Firma genitore / esercente responsabilità genitoriale 2 \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

*Prof.ssa Teresa Lapicciarella*

(Firma autografata omessa ai sensi dell'art.3, co. 2, D.L.vo n.39/1993)