



Istituto di Istruzione Superiore S. Ten. Vasc. "A. BADONI"
 Via Rivolta,10 – 23900 LECCO - Tel. 0341/365339 - Fax 0341/286589
 Cod. Fisc.83007840131 - Casella Postale n. 279



e-mail: lcis00900x@istruzione.it

Meccanica, Meccatronica ed Energia – Elettronica, Elettrotecnica e Automazione
 Informatica e Telecomunicazioni – Liceo Scientifico delle Scienze Applicate



**FONDI
 STRUTTURALI
 EUROPEI**

**pon
 2014-2020**



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
 Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle
 Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali
 Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia
 Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per
 l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale
 Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

AUTORIZZAZIONE ad usufruire dello Sportello di ascolto

Si richiede, considerata la minore età dei destinatari del progetto, l'autorizzazione di entrambi i genitori alla fruizione dei servizi elencati e alla condivisione dei dati emersi con i docenti. È necessaria la firma di entrambi i genitori, anche se separati o in caso di affidamento esclusivo, se esercenti la potestà genitoriale. Si ammette la firma di un solo genitore solo in caso di decesso/detenzione che va specificata nel presente modulo*. In caso di grave irreperibilità di uno dei genitori ma comunque esercente la potestà genitoriale, per l'eventuale accesso del figlio allo sportello, il genitore potrà consultare il Servizio Sociale di competenza.

Si precisa che lo/a psicologo/a " è strettamente tenuto al segreto professionale " così come previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (art. 11), approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine ai sensi dell'art. 28, comma 6, lettera c) della legge numero 56/89 e successive integrazioni e modificazioni.

Il tagliando dovrà essere consegnato da tutti i ragazzi allo sportello prima del colloquio



Per lo studente

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO/A e CLASSE:

I sottoscritti (madre) (padre)

in qualità di esercenti la patria potestà sul minore, iscritto nell'A.S. 2018-19 presso l'Istituto Badoni

ACCONSENTONO/ NON ACCONSENTONO

Che il/la figlio/a acceda allo sportello per colloqui di consulenza psicologica

I genitori ACCONSENTONO /

Che il/la figlio/a partecipi ad eventuali attività in classe con il personale psicologico incaricato

Firma della madre: _____

Firma del Padre: _____

Data e luogo _____

*Firma di un solo genitore per _____ dell'altro genitore