



Via Sbarre Centrali, 71 – 89133 Reggio Calabria
Tel: 0965 57496 – Cell. 3299746724
e-mail istsuore.caterinatroiani@gmail.com
website www.istitutocaterinatroiani.it
C.M. Infanzia RC1A077008
C.M. Primaria RC1E00700X
C.F. 02500290586



MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER L'ATTIVITA' DI CLASSE DELLA PSICOLOGA

Il sottoscritto _____ padre del/della
minore/a _____
Nato a _____ il _____ residente in
via _____ cap _____ recapito
telefonico _____ e-mail _____
CF _____

La sottoscritta _____ madre del/della
minore/a _____
Nata a _____ il _____ residente in
via _____ cap _____ recapito
telefonico _____ e-mail _____
CF _____

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore _____
nato/a a _____ a _____ il _____ residen-
te in Via _____
CF _____ frequentante la classe _____
della Scuola _____

AUTORIZZANO

La partecipazione del proprio figlio/a alla attività di classe volta a favorire lo sviluppo del linguaggio, della logica e dell'empatia, a migliorare la concentrazione, la memoria, l'attenzione e la coordinazione oculo manuale, gestita dalla Psicologa e Psicoterapeuta del nostro Istituto, la Dott.ssa Angela Morabito, durante l'orario scolastico il **lunedì dalle ore 10.30 alle ore 11.30**

SÌ ☐

NO ☐

La Dott.ssa Morabito ad effettuare osservazioni delle dinamiche del gruppo classe. Le attività di osservazione sono volte ad agevolare le educatrici nell'individuazione di strategie di intervento sullo stesso gruppo classe

SÌ ☐

NO ☐

Lo scambio di informazioni con le educatrici per confrontarsi anche su situazioni specifiche.

SÌ ☐

NO ☐



Via Sbarre Centrali, 71 – 89133 Reggio Calabria
Tel: 0965 57496 – Cell. 3299746724
e-mail istsuore.caterinatroiani@gmail.com
website www.istitutocaterinatroiani.it
C.M. Infanzia RC1A077008
C.M. Primaria RC1E00700X
C.F. 02500290586



Le attività, attuate nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale, prevedranno il coinvolgimento dei genitori per eventuali confronti ed approfondimenti.

I dati personali e sensibili della persona, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alla modalità della stessa, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutori

Madre.....

Padre

*Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori
(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)*

In caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

dichiara

di aver effettuato scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 317 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi di genitori.

Firma.....