

**SEZIONE PRIMAVERA
SCUOLA PARITARIA DELL'INFANZIA
E PRIMARIA PARIFICATA
"Caterina Troiani"**



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 _____ 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

**SEZIONE PRIMAVERA
SCUOLA PARITARIA DELL'INFANZIA
E PRIMARIA PARIFICATA
"Caterina Troiani"**



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 CONSENTO

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 CONSENTO

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.....