

 <p>Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca</p>	<p align="center">ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. CARDUCCI" di OLGINATE – GARLATE – VALGREGHENTINO Infanzia – Primaria – Secondaria di primo grado Via Redaelli, 16/A – 23854 OLGINATE (LC) C.F. 83008880136 P.E.C.: LCIC81900A@PEC.ISTRUZIONE.IT E-mail: lcic81900a@istruzione.it Tel: 0341/681423 – Fax: 0341/652233 Sito: istitutocomprensivodiolginate.it</p>	
---	--	---

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo

Allo psicologo della scuola secondaria di I grado

Liberatoria

IL/I SOTTOSCRITTO/I

_____ (Nome e Cognome del PADRE)

_____ (Nome e Cognome della MADRE)

GENITORE/I DI

_____ (Nome Cognome del/la figlio/a)

Classe _____ sez. _____

AUTORIZZANO

Io psicologo individuato dall'Istituto Comprensivo di Olginate quale operatore dello "Sportello di ascolto psicologico", a incontrare il/la proprio/a figlio/a, qualora se ne presenti l'esigenza da parte del/la medesimo/a.

Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore; nello specifico le finalità dello sportello sono:

- incrementare il benessere personale degli alunni e del gruppo classe, nel caso in cui si presentassero necessità;
- prevenire e/o contenere situazioni di disagio o sofferenza sia a livello individuale che relazionale;
- contribuire a rendere la scuola più funzionale rispetto alle finalità e agli obiettivi di diritto allo studio, allo sviluppo armonico della personalità dei singoli alunni, con particolare riferimento a quelli con difficoltà cognitive, affettive e relazionali;
- migliorare le relazioni comunicative tra la scuola e le famiglie.

La presente liberatoria ha validità solo con la firma di ambedue i genitori e per l'anno scolastico in corso.

Data _____

FIRMA del padre _____ FIRMA della madre _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI.

I dati forniti sono coperti da segreto d'ufficio e garantiti dal D.Lgs. 196/2003. Sono pertanto utilizzati esclusivamente per lo sportello psicologico. Il sottoscritto _____ autorizza il trattamento dei dati per i soli scopi previsti dallo sportello psicologico, ai sensi del D. Lgs. 196/03.

FIRMA del padre _____ FIRMA della madre _____