

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA**

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

Tel. 0321 692625 - Sito web: [www.istitutocomprensivobellini.edu.it](http://www.istitutocomprensivobellini.edu.it)E-mail: [noic823001@istruzione.it](mailto:noic823001@istruzione.it) - PEC: [noic823001@pecistruzione.it](mailto:noic823001@pecistruzione.it)

codice fiscale: 9406275003

***Allegato*****CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL SERVIZIO PSICOLOGICO**

Nell'ambito del servizio psicologico, attivato dall'Istituto Comprensivo "Contessa Tornielli Bellini", sono previste le seguenti attività:

- Osservazioni in classe su richiesta degli insegnanti
- Conduzione di incontri tematici per gruppi classe
- Conduzione di colloqui psicologici con singoli alunni

Il servizio è gestito dalla Funzione Strumentale BES maestra Roberta Paglino, dalla Funzione Strumentale Inclusione Prof.ssa Emanuela Pirri per la Scuola Secondaria di I grado e dalle psicologhe Dott.ssa Roberta Accornero (Scuola Primaria), Dott.ssa Ilaria Caccia (Scuola Primaria) e Dott.ssa Cecilia Zaninetti (Scuola dell'Infanzia e Secondaria di I grado).

Le attività si svolgeranno nel rispetto delle normative vigenti (vedi INFORMATIVA SUPPORTO PSICOLOGICO, consultabile sul sito della scuola nella sezione privacy) e della deontologia professionale e prevederanno in coinvolgimento dei genitori dove necessario.

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA**

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

Tel. 0321 692625 - Sito web: [www.istitutocomprensivobellini.edu.it](http://www.istitutocomprensivobellini.edu.it)E-mail: [noic823001@istruzione.it](mailto:noic823001@istruzione.it) - PEC: [noic823001@pecistruzione.it](mailto:noic823001@pecistruzione.it)

codice fiscale: 9406275003

**CONSENSO INFORMATO DA RESTITUIRE ALL'ISTITUTO**Noi sottoscritti (*cognome e nome*)

Padre \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e

Madre \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore

(*cognome e nome*) \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ di

\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

Di aver preso visione delle attività e delle finalità previste dal servizio psicologico e di autorizzarne lo svolgimento.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_