

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

Tel. 0321 692625 - Sito web: www.istitutocomprendsivobellini.edu.it

E-mail: noic823001@istruzione.it - PEC: 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

E-mail: noic823001@istruzione.it - PEC: 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 _____