



## ISTITUTO COMPRENSIVO N° 2 ALGHERO

Via Tarragona, 16 - 07041 Alghero - TEL. 079/981638 - FAX 079/9730062 - C.F. 92128560908

E-MAIL [ssic84600a@istruzione.it](mailto:ssic84600a@istruzione.it) - SITO WEB [www.istitutocomprensivo2alghero.it](http://www.istitutocomprensivo2alghero.it)

Al Responsabile dello Sportello d'Ascolto Psicologico  
tramite l'Istituto Comprensivo n.2 Alghero

### Dichiarazione di consenso informato resa al Responsabile dello Sportello d'Ascolto Psicologico

Io sottoscritto **padre** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

e io sottoscritta **madre** \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### ESPRIMIAMO IL NOSTRO CONSENSO

a che nostro/a figlio/a \_\_\_\_\_ usufruisca delle prestazioni professionali dello psicologo e psicoterapeuta Dott. Gian Luigi Pirovano, consapevoli che lo psicologo deve attenersi, nella sua pratica professionale, alla normativa sulla privacy e informati sulle tipologie di intervento e sulle finalità del progetto di ascolto psicologico attivato dalla scuola.

Dichiarano di aver letto interamente la presente dichiarazione e autorizzazione prima di aver posto la firma in calce e di averne compreso interamente il contenuto.

**Firme dei genitori** \_\_\_\_\_

Laddove non sia possibile formalizzare con la firma di entrambi i genitori, **il consenso può essere reso anche da un solo genitore ai sensi della normativa vigente** (potestà genitoriale)

***"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".***

Data \_\_\_\_\_ firma del genitore richiedente \_\_\_\_\_