



## MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO (Sportello di Ascolto Psicologico)

Il/La sottoscritto/a (padre/madre/tutore).....  
nato a ..... il .....  
identificato mediante documento ..... n. ....  
e io sottoscritta (madre) .....  
nata a ..... il .....  
identificata mediante documento ..... n. ....

### ESPRIMIAMO IL CONSENSO

affinché nostro/a figlio/a ..... della classe .....  
per l'indirizzo.....usufruisca delle prestazioni professionali  
erogate dall'Istituto "M. Curie" nell'ambito del progetto di "Sportello di Ascolto Psicologico". Il  
progetto sarà curato dalla Dottoressa Elena Barosi, psicologa psicoterapeuta secondo  
l'organizzazione e le modalità indicate da apposita circolare (circ. n.92 del 30/10/2024). Il  
colloquio dovrà avvenire nel pieno rispetto delle regole di riservatezza, segretezza e riserbo  
professionale. Si sottolinea infine che gli incontri di consulenza e di supporto psicologico effettuati  
nel rispetto della presente autorizzazione, sono comunque privi di intenti psicoterapeutici o  
interventi di tipo clinico.

Savignano sul R/ne, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori: \_\_\_\_\_

Oppure:

Firma del tutore dell'allievo: \_\_\_\_\_

(\*) Firma del genitore: \_\_\_\_\_

(\*) Nel caso di firma di un solo genitore, si intende e sottoscrive quanto segue: "Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che la/il madre/padre dell'alunno/a è a conoscenza e d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente domanda".