

# SUPPORTO PSICOLOGICO SCOLASTICO

## Liberatoria

Gent.mi genitori,

compilando in ogni sua parte il presente documento e dando il consenso a questo progetto, permetterete agli insegnanti di collaborare con lo sportello d'ascolto dell'Istituto e progettare percorsi attenti al vissuto dei ragazzi.

I membri del team dello sportello d'ascolto, interagendo con docenti ed alunni, potranno sostenere i ragazzi nel loro percorso educativo e di crescita.

1. IO SOTTOSCRITTO (nome e cognome)\*

---

2. GENITORE DI (nome e cognome alunno) \*

---

3. Ricevute tutte le informazioni necessarie rispetto alle modalità e alla finalità del Servizio.
4. Letto, visionato e approvato senza riserve il consenso informativo relativo alla legge sulla Privacy (GDPR679/16) pubblicato sul sito alla pagina:  
<https://www.convittonazionalepalermo.edu.it/attachments/article/2558/5%20-%20informativa%20dati%20personali%20privacy%20GP%2021%2022-signed.pdf>

- AUTORIZZO
- NON AUTORIZZO

5. Mio figlio a partecipare al progetto che verrà svolto dal personale dello sportello d'ascolto all'interno della classe da lui frequentata.
6. Si precisa che l'intervento non avrà una natura clinica, bensì didattica, consulenziale, formativa e ludica e che il progetto è stato previsto dal piano triennale dell'offerta formativa elaborato e deliberato dagli organi collegiali competenti interni alla scuola.
7. Le attività, verranno svolte all'interno della classe e qualora fosse necessario verranno svolti dei colloqui individuali con gli alunni e i loro genitori.

- AUTORIZZO
- NON AUTORIZZO

8. FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

---

9. Io sottoscritto SONO 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 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.

10. FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

---