**MODULO DI CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’IS Bruno Munari**

**Via A. Diaz, 43**

**Acerra (NA)**

I sottoscritti ………………………………………………………………………………..… genitori

(specificare se altro, ad esempio affidatario o tutore ……………………………..)

dell’alunno/a ………………………………………………………………………………….., nato/a a …………………………………………………….il …………………………………… e frequentante la classe ……….. sez. …….,presa visione dell’informativa di accesso ai colloqui dello sportello d’ascolto psicologico attivato nell’anno scolastico 2021/2022 presso l’IS Bruno Munari con l’obiettivo di fornire supporto psicologico al personale della scuola/famiglie/alunni per rispondere ai disagi che possono derivare dall’emergenza da COVID-19 e per prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico, stress lavorativo e difficoltà relazionali,

**AUTORIZZANO**

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con lo psicologo Dott. Francesco Gallo .

In Fede

Firma padre …………………………………………….

Firma madre ………………….………………………..

Luogo e data