AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’ IC “VALENTINI”

CAROLEI DIPIGNANO

Autorizzazione colloquio con lo psicologo

Noi sottoscritti……………………………………………………………….…………

………………………………………………………………………………………… genitori dell’alunno/a………………………………………………… frequentante la classe………….sez……della Scuola………………………………..………………...,

AUTORIZZIAMO

la partecipazione di nostro/a figlio/a al colloquio individuale e/o di gruppo con lo/a psicologo/a,................................ , nell’ambito dello Sportello d’ascolto psicologico attivato dall’Istituto Comprensivo Carolei Dipignano.

**CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA PER I MINORI**

Lo Psicologo è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l’obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale.

lì…………………………………………..

Firma del padre…………………………………………………………………………..……

Firma della madre……………………………………………………………………………