



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE N. 4 CHIETI

SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO AD INDIRIZZO MUSICALE

Via Campobasso, 10 - 66100 CHIETI -

Tel.: **0871 560525** - fax: 0871 565781 - C.F.: **93048780691** - C.M.: **CHIC83700A** -

Sito: <https://chieti4comprensivo.edu.it/> E-mail: chic83700a@istruzione.it - chic83700a@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo 4 Chieti

Alla Dott.ssa Paola Di Carlantonio

Liberatoria

IL/I SOTTOSCRITTO/I

_____ (Nome e Cognome del PADRE)

_____ (Nome e Cognome della MADRE)

GENITORE/I _____ (Nome Cognome del/la figlio/a)

Classe _____ sez. _____

Plesso _____

AUTORIZZANO

Lo psicologo individuato dall'Istituto Comprensivo 4 Chieti quale operatore dello "Sportello di ascolto psicologico" ad incontrare il/la proprio/a figlio/a, qualora se ne presenti l'esigenza da parte del/la medesimo/a.

Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore; nello specifico le finalità dello sportello sono:

- Incrementare il benessere personale degli alunni e del gruppo di classe, nel caso si presentassero le necessità;
- Prevenire e/o contenere situazioni di disagio o sofferenza sia a livello individuale che relazionale;
- Contribuire a rendere la scuola più funzionale rispetto alle finalità e agli obiettivi di diritto allo studio, allo sviluppo armonico della personalità dei singoli alunni, con particolare riferimento a quelli con difficoltà cognitive, affettive e relazionali;
- Migliorare le relazioni comunicative tra la scuola e le famiglie.

La presente liberatoria ha validità solo con la firma di ambedue i genitori e per l'anno in corso.

Data _____

FIRMA del padre _____ FIRMA della madre _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI.

I dati forniti sono coperti da segreto d'ufficio e garantiti dal D. Lgs.196/2003. Sono pertanto utilizzati esclusivamente per lo sportello psicologico. I sottoscritti _____ autorizzano il trattamento dei dati per i soli scopi previsti dallo sportello psicologico ai sensi del D. Lgs.196/2003.

FIRMA del padre _____ FIRMA della madre _____