**ISTITUTO COMPRENSIVO “DON LIBORIO PALAZZO-SALINARI” 75024 MONTESCAGLIOSO (MT) - RIONE M. POLO, snc**

**C.F. 93049170777 –C.M. MTIC823003 Tel. 0835/207109**

**e mail: MTIC823003@istruzione.it** Sito:www.icmontescaglioso.gov.it

**PEC: MTIC823003@PEC.ISTRUZIONE.IT**

**MODULO PER LA RICHIESTA DI UN COLLOQUIO ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO**

I sottoscritti

(Nome e Cognome del PADRE)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome e Cognome della MADRE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riferimento telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_

* SCUOLA INFANZIA
* SCUOLA PRIMARIA
* SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

 (il genitore sarà contattato direttamente dalla professionista per l'appuntamento)

* Chiedono di poter avere un colloquio il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Chiedono che il proprio figlio possa avere un colloquio il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la Psicologa, d.ssa Noemi Bitonti, per: (segnare con una croce l’opzione adeguata)

* Difficoltà nella gestione educativa del figlio/a
* Difficoltà relazionali, emotive o comportamentali del figlio/a
* Difficoltà dell’apprendimento del figlio/a
* Orientamento scolastico
* Disturbi alimentari, dipendenze
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dei dati. I dati forniti sono coperti da segreto d’ufficio e garantiti dal D.Lgs. 196/2003 **“Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)** e **D.Lgs. 101/2018.**Sono pertanto utilizzati esclusivamente per lo sportello psicologico.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile del genitore (madre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile del genitore (padre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODELLO LIBERATORIA SPORTELLO PSICOLOGICO**

 Alla D.S

I.C. “Palazzo- Salinari”

75024 Montescaglioso

**Oggetto**: Liberatoria

 IL/I SOTTOSCRITTO/I

(Nome e Cognome del PADRE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome e Cognome della MADRE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GENITORE/I DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome Cognome del/la figlio/a) Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_

* SCUOLA INFANZIA
* SCUOLA PRIMARIA
* SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

**AUTORIZZA**

la psicologa dott.ssa Noemi BItondi, quale operatrice dello Sportello psicologico dell’I.C. Comprensivo “Palazzo-Salinari” , a incontrare il/la proprio/a figlio/a. Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d’ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore.

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Madre C.I/Patente. (estremi doc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre C.I/Patente. (estremi doc.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dei dati. I dati forniti sono coperti da segreto d’ufficio e garantiti dal D.Lgs. 196/2003 **“Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)** e **D.Lgs. 101/2018.**Sono pertanto utilizzati esclusivamente per lo sportello psicologico.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Madre C.I/Patente. (estremi doc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre C.I/Patente. (estremi doc.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODELLO LIBERATORIA SPORTELLO PSICOLOGICO DI CLASSE**

 Alla D.S

I.C. “Palazzo- Salinari”

75100 Montescaglioso

**Oggetto**: Liberatoria

 IL/I SOTTOSCRITTO/I

(Nome e Cognome del PADRE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome e Cognome della MADRE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GENITORE/I DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome Cognome del/la figlio/a) Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_

* SCUOLA INFANZIA
* SCUOLA PRIMARIA
* SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

**AUTORIZZA**

la psicologa dott.ssa Noemi BItondi, quale operatrice dello Sportello psicologico dell’I.C. Comprensivo “Palazzo-Salinari”, a realizzare interventi finalizzati all’osservazione e alla conoscenza del gruppo classe e delle dinamiche relazionali per la prevenzione di eventuali conflitti tra alunni. Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d’ascolto, informazione, orientamento e sostegno alla classe nel suo insieme.

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Madre C.I/Patente. (estremi doc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre C.I/Patente. (estremi doc.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_