



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Ufficio Scolastico Regionale Lombardia

**ISTITUTO COMPRENSIVO TOSCANINI**

Piazza Trattati di Roma 1957 n. 5 21011 CASORATE SEMPIONE (VA)

tel. 0331 / 296182 – fax 0331 / 295563 – cod. fisc. 82007580127

e-mail: [info@ictoscanini.gov.it](mailto:info@ictoscanini.gov.it) – [vaic865004@istruzione.it](mailto:vaic865004@istruzione.it) PEC: [vaic865004@pec.istruzione.it](mailto:vaic865004@pec.istruzione.it)

**MODULO CONSENSO ATTIVITA' PROGETTO "STAR BENE A SCUOLA"**

Nell'ambito del progetto "star bene a scuola" è prevista la collaborazione con esperti esterni tra i quali una consulente psicologa che svolgerà attività di supervisione, aggiornamento e consulenza destinate alla scuola secondaria.

La consulenza psicologica mira a prevenire situazioni di disagio, a promuovere il benessere dei singoli e dei gruppi e a sostenere la genitorialità.

Le attività prevedono:

- Consulenze e supervisioni agli insegnanti sulla classe e sui singoli allievi;
- Osservazione del gruppo classe e dei singoli alunni;
- Conduzione di incontri tematici con il gruppo classe;
- Conduzione di colloqui psicologici con gli alunni, con i professori e con i genitori che lo richiedono;
- Partecipazione ad incontri di équipe di classe e dell'Istituto;
- Partecipazione ad incontri di équipe con referenti esterni alla scuola (operatori sanitari, terapisti, Servizi Sociali, etc.).

Le attività, che si svolgeranno nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale, prevederanno il coinvolgimento dei genitori dove necessario.

La consulente psicologa è la dott.ssa Marta Malacrida.

-----  
DA RESTITUIRE AL COORDINATORE DI CLASSE

**CONSENSO INFORMATO**

Noi sottoscritti (cognome e nome): .....nato a .....il .....  
e (cognome e nome) ..... nato a .....il.....  
in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul/i minore/i (cognome e nome)  
..... frequentante/i la classe ..... della scuola ....  
.....

**DICHIARIAMO**

Di aver preso visione delle attività e delle finalità previste dalla consulenza psicologica e di autorizzarne lo svolgimento.

Data e luogo ..... Firma .....

Firma .....

La presente autorizzazione ha validità sino al termine del ciclo scolastico, salvo diversa disposizione dei genitori da inoltrare alla Segreteria.