

Alla Dirigente Scolastica  
dell'Istituto Comprensivo EMMA CASTELNUOVO - ROMA

I sottoscritti \_\_\_\_\_

e \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

La PSICOLOGA Dott.ssa Antonella CIARDO, individuata dall'Istituto Comprensivo Emma Castelnuovo quale operatrice dello "Sportello di ascolto psicologico" a.s. 2024/2025, a incontrare il/la proprio/a figlio/a, qualora si presenti l'esigenza da parte del/la medesimo/a.

Nel caso di autorizzazione, si è consapevoli che tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e supporto al minore; nello specifico le finalità dello sportello sono:

- incrementare il benessere personale degli alunni e del gruppo classe, nel caso in cui si presentassero 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.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI.**

*I dati forniti sono garantiti dal D.Lgs. 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e sono utilizzati esclusivamente per lo sportello psicologico.*

*I sottoscritti autorizzano il trattamento dei dati ai sensi della normativa sopra citata.*

Data \_\_\_\_\_

FIRMA dei genitori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**In caso di firma di un solo genitore**

Alla luce delle disposizioni di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, l'autorizzazione sopra citata, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori.

**Pertanto, dichiaro di aver effettuato la scelta con il consenso dell'altro genitore, nell'osservanza delle norme del codice civile sopra richiamate in materia di responsabilità genitoriale.**

FIRMA del genitore \_\_\_\_\_