

CONSENSO INCONTRI IN CLASSE CON LO PSICOLOGO

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
residente a _____, in via _____
Codice Fiscale _____

e

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____

Genitori del/della minore (nome e cognome del figlio/a)

Sono informati che:

- Il progetto ha come obiettivi: favorire il benessere nelle relazioni interpersonali, attraverso un ambiente accogliente ed inclusivo; promuovere l'apertura al dialogo per conoscere e superare i conflitti interpersonali; migliorare l'autostima e la gestione emotiva con sé stessi e nei rapporti interpersonali; individuare, prevenire e fornire strumenti per la gestione delle forme d'ansia e dello stress.
- Si terranno due incontri in classe, della durata di un'ora ciascuno, con gli alunni;
- La prestazione sarà effettuata dal Dott. Marco Splendiani, psicologo iscritto all'Albo della Regione Marche al n. 2507;
- La prestazione non è psicoterapia;
- Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza.

INFORMATI DI QUANTO SOPRA

NOI SOTTOSCRITTI, IN QUALITÀ DI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DEL/DELLA SUNNOMINATO/A MINORE, AVENDO LETTO, COMPRESO E ACCETTATO QUANTO SOPRA, ACCONSENTONO ALLA PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI IN CLASSE DEL PROPRIO FIGLIO/A.

Luogo e Data

.....,

Firma padre leggibile.....

Firma madre leggibile.....