



**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**"R. COTUGNO"**

Cod. meccanografico: BTIC8AN006

C.F. 90126930727 Codice Univoco: TBI7KT

PEO: [btic8an006@istruzione.it](mailto:btic8an006@istruzione.it)

PEC: [btic8an006@pec.istruzione.it](mailto:btic8an006@pec.istruzione.it)

SITO: [www.cotugnoandria.edu.it](http://www.cotugnoandria.edu.it)

Scuola Secondaria di I grado

"R. Levi Montalcini"

Scuola Primaria "G. Paolo II"

Scuola dell'infanzia "E. De Amicis"

Via Fucà, 21 Andria

Tel. 0883 246440

Scuola dell'Infanzia

"S. Agazzi"

Via Catullo, 30

Tel. 0883 594924

## Modulo per consenso informato per accesso di minorenni allo Sportello d'ascolto psicologico

Io sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Documento n° \_\_\_\_\_

e io sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Documento n° \_\_\_\_\_

Padre e madre del/la minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

siamo stati informati sui seguenti punti:

- Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
- Lo sportello psicologico è rivolto agli alunni, ai genitori e al personale in servizio nell'Istituto Comprensivo "R. Cotugno" di Andria;
- Le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci un corrispettivo economico per la prestazione.

**Informati di tutto ciò, noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro/a figlio/figlia venga effettuata, nel rispetto delle suddette condizioni.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma padre leggibile \_\_\_\_\_

Firma madre leggibile \_\_\_\_\_