**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……………………………………