**MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER GLI INTERVENTI DI CLASSE DELLO PSICOLOGO**

 Il sottoscritto (padre/tutore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e la sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Scuola Primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

 la partecipazione del/la proprio/a figlio/a alle attività di classe con lo psicologo dell’Istituto durante l’orario scolastico.

Tali attività prevedono Interventi psico-educativi in classe di prevenzione e potenziamento del benessere, proponendo giochi, simulazioni, attivazioni in gruppo, discussioni tematiche o circle-time

Nel caso in cui l'autorizzazione fosse negata, durante l'intervento in classe, l'alunno/a sarà affidato/a ad altra classe.

I dati personali e sensibili della persona, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016).

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

□ FORNISCE IL CONSENSO

□ NON FORNISCE IL CONSENSO

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

Firma dei genitori/tutori

Madre………………………………….…..

Padre ………………………………….…...

Tutore……………………………………….

\*Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori; firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore )