

**MODULO CONSENSO INFORMATO  
PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO  
PROGETTO ISCOL@**

Lo Sportello di Ascolto scolastico, può essere un efficace strumento per favorire la motivazione scolastica, l'individuazione di strategie utili al miglioramento del metodo di studio e alla consapevolezza circa le proprie risorse e i propri limiti (finalizzate alla crescita personale), alla promozione di modalità adeguate di relazione con il gruppo dei pari e con gli adulti di riferimento, alla promozione di adeguate modalità di gestione delle emozioni (rabbia, paura, tristezza, ansia da prestazione scolastica, ecc).  
Tutte le attività sono svolte nel rispetto della privacy e del segreto professionale.

I sottoscritti ----- e -----,  
genitori del/la minore \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_, scuola ----- dell'Istituto Comprensivo  
di Atzara, dichiarano di aver preso conoscenza del progetto "Sportello d'Ascolto",  
pubblicato sul sito dell'istituto e gestito dalla Dott.ssa Daniela Onnis e della finalità  
che questa funzione intende perseguire ai fini del benessere e del successo scolastico  
formativo degli studenti

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, di questo servizio.

SÌ

NO

Data \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori**

PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_

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 )

