Allegato 1

**SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

**EMERGENZA COVID19**

***MODULO DI CONSENSO INFORMATO***

Si precisa che **gli interventi stabiliti da tale servizio non si delineano come un percorso psicoterapeutico bensì come interventi di primo livello (counseling). I colloqui si svolgeranno nel rispetto della privacy**  **ed i dati saranno trattati nel rispetto delle finalità istituzionali.**

# Consenso Informato alla partecipazione del Minore allo Sportello d’Ascolto Emergenza Covid 19

I sottoscritti genitori

………………………………………………………/…………………………………………………………… dell’alunno/a ……………………………………………………………………………………………………. nato/a a………………………………………………………....il……………………………………………….. frequentante la classe …………… sez. ……………

 **presa visione della circolare relativa alla iniziativa SPORTELLO DI ASCOLTO Emergenza Covid 19**

# AUTORIZZANO

 Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali on line Wapp/Skype, altra modalità di cui allo Sportello ascolto Emergenza Covid 19

Massalubrense lì ………………………………………..

Firma del padre (o di chi ne fa le veci) ……………………………………………………………

Firma della madre (o di chi ne fa le veci) …………………………………………………………