

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER GLI INTERVENTI DELLO PSICOLOGO IN SEZIONE/CLASSE**  
**Progetto "BEN-ESSERE A SCUOLA"**  
**Attività di osservazione nel contesto (sezione/classe) e bisogni evolutivi dei bambini/alunni.**

I sottoscritti (nome e cognome)

\_\_\_\_\_ in qualità di ☐ padre  
 \_\_\_\_\_ in qualità di ☐ madre  
 \_\_\_\_\_ in qualità di ☐ rappresentante legale  
 \_\_\_\_\_ in qualità di ☐ rappresentante legale

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>NOME COGNOME</b>   |  |
| <b>SEZIONE/CLASSE</b> |  |
| <b>PLESSO SCUOLA</b>  |  |

**DICHIARANO**

di aver letto e compreso l'**INFORMATIVA "INTERVENTI IN SEZIONE/CLASSE DELLO PSICOLOGO SCOLASTICO"**

pubblicata sul sito della scuola all'indirizzo <https://www.icritalevimontalcininovara.it/privacy-policy/>  
 e consultabile anche presso la segreteria dell'IC Rita Levi Montalcini – Via Rivolta 4 - Novara

a tal proposito, **AUTORIZZANO**

☐ la partecipazione del proprio figlio/a ad attività di osservazione effettuate in sezione/classe da parte dello psicologo dell'Istituto durante l'orario scolastico.

*Le attività di osservazione sono volte ad agevolare gli insegnanti nell'individuazione di strategie di intervento sullo stesso gruppo sezione-classe.*

☐ lo scambio di informazioni con i docenti ed eventuali ulteriori specialisti e referenti esterni alla scuola per confrontarsi anche su situazioni specifiche.

**(SOLO PER LE CLASSI SECONDE SCUOLA PRIMARIA)**

☐ la partecipazione dell'alunno alle prove per la rilevazione precoce, in chiave di prevenzione e benessere, di eventuali difficoltà di apprendimento (dettato, comprensione, calcolo e problemi aritmetici) - mese di marzo/aprile. *Le prove vengono proposte/somministrate dai docenti di riferimento con una restituzione finale dello Psicologo d'Istituto.*

*Le attività, attuate nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale, prevedranno il coinvolgimento dei genitori per eventuali confronti ed approfondimenti.*

*I dati personali e sensibili della persona, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.*

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

|                                                                                                              |                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Firma*</b>                                                                                                | <b>Firma*</b>                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> rappresentante legale | <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> rappresentante legale |
| _____                                                                                                        | _____                                                                                                        |

**\* in caso di firma singola compilare quanto segue**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, in conformità alle norme sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile

Dichiara che il ☐ padre ☐ madre ☐ rappresentante legale è impossibilitato a firmare per una delle seguenti motivazioni: lunga assenza all'estero o in altre città, trasferimento all'estero o in altre città, incapacità legale, grave malattia, scomparsa

Firma \_\_\_\_\_