



Istituto Comprensivo "Su Planu"  
Via Ariosto – Selargius –  
Tel. 070-5489165 C. F.92145530926  
e-mail [caic86200x@istruzione.it](mailto:caic86200x@istruzione.it)  
**PEC** [caic86200x@pec.istruzione.it](mailto:caic86200x@pec.istruzione.it)  
[www.istitutocomprensivosuplanu.edu.it](http://www.istitutocomprensivosuplanu.edu.it)

Al Dirigente Scolasticodell'Istituto  
Comprensivo "Su Planu"

Alla Psicologa

Il/I sottoscritto/i  
(Nome e Cognome del padre) \_\_\_\_\_

(Nome e Cognome della madre) \_\_\_\_\_

genitore/i di (Nome Cognome del/la figlio/a) \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

la Psicologa individuata dall'Istituto Comprensivo Su Planu quale operatore dello "Sportello di ascolto psicologico", a incontrare il/la proprio/a figlio/a, qualora se ne presenti l'esigenza da parte del/la medesimo/a.

Nel caso di autorizzazione, si è consapevoli che tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore (anche legato alle problematiche derivanti dal COVID-19); nello specifico le finalità dello sportello sono:

- incrementare il benessere personale degli alunni e del gruppo classe, nel caso in cui si presentassero necessità;
- prevenire e/o contenere situazioni di disagio o sofferenza sia a livello individuale che relazionale;
- contribuire a rendere la scuola più funzionale rispetto alle finalità e agli obiettivi di diritto allo studio, allo sviluppo armonico della personalità dei singoli alunni, con particolare riferimento a quelli con difficoltà cognitive, affettive e relazionali;
- migliorare le relazioni comunicative tra la scuola e le famiglie.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA del padre \_\_\_\_\_

FIRMA della madre \_\_\_\_\_

---

*AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI.*

*I dati forniti sono coperti da segreto d'ufficio e garantiti dal D.Lgs. 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Sono pertanto utilizzati esclusivamente per lo sportello psicologico.*

*Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza \_\_\_\_\_ il trattamento dei dati per i soli scopi previsti dallo sportello psicologico, ai sensi del D. Lgs. 196/03.*

FIRMA del padre \_\_\_\_\_

FIRMA della madre \_\_\_\_\_