**SPORTELLO DI ASCOLTO**

**MODULO DI CONENSO PER ALUNNI MINORENNI**

Si informano i Sigg. genitori che presso l’I.P. “Domenico Modugno” è stato attivato uno sportello di ascolto previsto dal progetto “Attivamente”, tenuto dalla Dott.ssa Piepoli Loriana tutti i **lunedì-mercoledì-venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00.** Esso nasce con la finalità di fornire attività di consulenza ai ragazzi che frequentano l’Istituto e ai loro genitori, in merito a problematiche relazionali, comportamentali, situazioni di disagio emozionale (orientamento scolastico, metodologia e difficoltà di studio, insuccesso scolastico, rapporti con il gruppo dei pari, difficoltà di comunicazione), per prevenire, inoltre fenomeni di disagio e favorire la motivazione scolastica.

E’ prevista anche la possibilità di colloqui individuali su richiesta autonoma da parte dei ragazzi e/o delle loro famiglie.

Si precisa che i colloqui hanno esclusivamente finalità di sostegno e non si configurano come interventi clinici e/o diagnostici.

Si richiede, pertanto, il consenso dei genitori.

**CONSENSO**

Io sottoscritto (Cognome/Nome del padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e (Cognome/Nome della madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori del minore (Cognome/Nome del figlio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

Di aver letto, compreso e accettato quanto sopra:

* **non acconsentiamo acconsentiamo**

 Firma della madre Firma del padre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_