



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo Statale "Cassino 3"
sede centrale e segreteria: Cassino (Fr) c.a.p. 03043 via Vittorio Alfieri, 1 – tel. 077621202
codice fiscale: 90032350606 - codice meccanografico: FRIC855009 – ambito territoriale n.20
p.e.c.: fric855009@pec.istruzione.it - e-mail: fric855009@istruzione.it
codice univoco ufficio: UFBWZW - sito scolastico: www.comprendivocassino3.edu.it



Il/i sottoscritto/i (cognome e nome del **padre**/tutore)

.....

nato a il e residente a

.....

e (cognome e nome della **madre**/tutrice)

.....

nata a il e residente a

.....

in qualità di esercente/i la potestà genitoriale/tutoria sul minore (cognome e nome del minore)

.....

AUTORIZZANO

la/il Dott.ssa/re.....

Psicologa-Psicoterapeuta, a svolgere colloqui ed osservazioni cliniche con il
minore.....

presso i locali scolastici del III I.C. Comprensivo di Cassino, durante l'orario didattico.

Dichiarano, inoltre, di essere a conoscenza che tali colloqui ed osservazioni cliniche sono finalizzati alla raccolta di dati ed informazioni utili alla pianificazione di un intervento psicologico volto al recupero ed al potenziamento del benessere psichico del minore. A tal fine potranno essere usati, nel corso dei colloqui, strumenti di indagine e valutazione (test) volti ad una più approfondita conoscenza del minore oggetto d'esame.

Tutte le informazioni raccolte saranno trattate nel rispetto dell'attuale normativa sulla privacy.

DATA.....

FIRMA (Padre)..... (Madre).....