

Istituto Statale di Istruzione Secondaria di 2° grado

POLO TECNOLOGICO IMPERIESE I.T.I.S. "G.Galilei"-I.T.N. "A.Doria"-I.P.S.S.C.T. "U.Calvi" /I.T.T "T. Hambury"

Via Santa Lucia 31-18100 Imperia-C.F. 80011330083 Tel. 0183.29.59.58-Fax 0183.27.55.37

email: imis002001@istruzione.it Indirizzo per Posta Elettronica Certificata: imis002001@pec.istruzione.it

sito: www.polotecnologicoimperiese.it

L'ISTITUTO, prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore (Cognome/Nome)

_____ nato/a a _____ il ___/___/___ e
residente in _____, fornisce le seguenti informazioni al Sig.

_____ nato a _____ il ___/___/___ (padre del
minore) e alla Sig.ra _____ nata a _____ il
___/___/___ (madre del minore), esercenti la potestà genitoriale.

Le prestazioni, rese presso il Plesso scolastico durante le ore di lezione, saranno finalizzate a favorire l'inserimento dell'alunno/a nelle attività didattiche, a migliorare la relazione tra pari e tra alunno e insegnante, con la finalità di prevenire eventuali disagi del ragazzo/a.

In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio la consulenza comunicando tale volontà di interruzione al Fiduciario del Plesso.

Il Counselor potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista.

Dopo lettura di quanto sopra riportato, in data ___/___/___/:

Il Sig. _____ e

La Sig.ra _____,

genitori del minore _____, letto attentamente quanto riportato nella presente informativa relativamente alle modalità, alle finalità della consulenza, dichiarano di aver compreso quanto qui sopra riportato e, con piena consapevolezza, in virtù della potestà genitoriale, prestano il loro consenso affinché il figlio si avvalga delle prestazioni come sopra descritte.

In fede

Luogo, ___/___/_____

Firma (padre del minore)

Firma (madre del minore)

