

**80**<sup>o</sup>  
1939-2019  
NEL TERRITORIO, NEL MONDO, PER IL  
MONDO



LICEO SCIENTIFICO STATALE "MANFREDO FANTI"  
VIALE PERUZZI, 7 41012 CARPI (MO) – TEL. 059.691177/691414 – FAX  
059.641109  
C.F.: 81001160365 – E-MAIL: MOPS030002@ISTRUZIONE.IT – PEC:  
MOPS030002@PEC.ISTRUZIONE.IT  
SITO WEB: [HTTPS://WWW.LICEOFANTI.IT](https://www.liceofanti.it)



## Modulo per consenso informato per l'accesso allo sportello d'ascolto

In riferimento all'attivazione dello sportello d'ascolto e consulenza rivolto a studenti, genitori, docenti e personale ATA, si invitano i genitori a firmare il presente modulo, al fine di autorizzare l'eventuale accesso del proprio/a figlio/a allo sportello.

Lo sportello d'ascolto ha lo scopo di promuovere una cultura della salute che favorisca il raggiungimento del benessere in particolare

- favorendo nel ragazzo una migliore presa di coscienza delle proprie modalità relazionali e delle proprie risorse per affrontare situazioni problematiche
- sostenendolo in situazioni di disagio
- rafforzando la motivazione allo studio
- aiutandolo ad elaborare strategie utili rispetto al contesto in cui è inserito

Lo sportello è tenuto da uno psicologo nominato in seguito a regolare bando: si precisa che gli interventi stabiliti da tale servizio non si delineano come un percorso psicoterapeutico bensì come interventi di ascolto e consulenza.

L'accesso allo sportello è volontario e gratuito previa prenotazione secondo le modalità illustrate nella relativa circolare consultabile sul sito e sul registro elettronico.

I colloqui si svolgeranno nel rispetto della privacy degli studenti che vorranno usufruire di tale spazio d'ascolto.

**Il presente consenso si intende esteso a tutta la durata del corso di studi, salvo revoca scritta.**

-----  
Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
identificato mediante documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
padre del minore \_\_\_\_\_

e io sottoscritta \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
identificata mediante documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
madre del minore \_\_\_\_\_  
presa conoscenza delle comunicazioni suddette, in virtù della potestà genitoriale,

**diamo il consenso**

a che nostro/a figlio/a possa accedere, se lo desidera, allo sportello d'ascolto attivato presso il Liceo "M. Fanti".

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Compilare e inviare firmata a [consensoascolto@fanticarpi.istruzione.it](mailto:consensoascolto@fanticarpi.istruzione.it)