



**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE “CURZIO MALAPARTE”**

Scuola dell’infanzia, primaria e sec. di I° grado

Via F. Baldanzi, 18 – 59100 PRATO

Tel. 0574/1842601

C. F. 84007150489 - E-mail: [poic804004@istruzione.it](mailto:poic804004@istruzione.it) PEC: [poic804004@pec.istruzione.it](mailto:poic804004@pec.istruzione.it)

**PROGETTO DI ISTITUTO: “Interventi di osservazione e/o laboratori di dinamiche relazionali”**

La Dottoressa Alessia Facchini, Psicologa-Psicoterapeuta dell’Associazione Cieli Aperti – APS, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Toscana con il numero 4189, porterà avanti delle attività con l’intero gruppo classe che consistono in interventi di osservazione\* e/o laboratori di dinamiche relazionali mirati a problematiche di gruppo, per dare eventualmente indicazioni a insegnanti e genitori al fine di aumentare il benessere di ogni alunno/a.

*(\*L’osservazione è uno dei modi della ricerca qualitativa che permette di conoscere ciò che succede nei vari contesti scolastici. Osservare è sinonimo di rilevare. Indica il tentativo di acquisire conoscenze, maggiore consapevolezza dei comportamenti, in maniera più o meno sistematica e precisa. Osservare vuol dire anche descrivere il più possibile fedelmente le caratteristiche di un determinato comportamento, di una situazione e delle condizioni in cui si verifica.)*

Tale azione sarà per l’anno scolastico\_\_\_\_\_

Classe\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_

Ai fini dell’intervento è necessario però acquisire da parte di tutti i genitori degli/delle alunni/e il consenso informato, compilando in tutte le sue parti il modello allegato alla presente, e riconsegnandolo ai docenti della classe. Qualora un/una alunno/a non avesse il consenso di uno o entrambi i genitori, sarà accompagnato/a in un’altra classe di pari età per il tempo strettamente necessario all’effettuazione dell’intervento.

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

*[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

*[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]*

**Visto e compreso** tutto quanto indicato nella circolare allegata, nell'esercizio della  
responsabilità genitoriale sulla/sul minore \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

*(indicare i dati del minore)*

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in  
relazione a fini e modalità della stessa, esprimono il proprio libero consenso,  
barrando la casella di seguito, alla prestazione descritta nella circolare;

**FORNISCE IL CONSENSO**

accettiamo che nostro/a figlio/a fruisca della prestazione concordata con la dr.ssa  
Alessia Facchini, quale esperto incaricato nella gestione dello sportello di ascolto  
psicologico scolastico di questo Istituto, e-mail:  
sportello.psicologico@malaparteprato.edu.it iscritta all'Ordine degli Psicologi della  
Toscana al numero 4189.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma (leggibile) di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà genitoriale\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Alla luce del codice civile e della normativa vigente in materia di filiazione, la richiesta di autorizzazione a qualsiasi attività  
aggiuntiva della scuola, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la  
domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la decisione sia stata condivisa.

Firma genitore \_\_\_\_\_