



I° ISTITUTO COMPRENSIVO " F. DE ANDRE' " ACI SANT'ANTONIO
 Via Veronica, 63 -95025 Aci Sant'Antonio (CT)
 Tel.095/7891232 – Fax 095/7891026
 C.F. 81005640875
 e-mail: ctic8ar00a@pec.istruzione.it
ctic8ar00a@istruzione.it

Anno Scolastico 2020/2021

LIBERATORIA IMMAGINI

Il/La sottoscritto/a.....genitore
 dell'alunno/a.....frequentante
 la classe/sez.....sez..... del plesso.....
 del I Istituto Comprensivo Fabrizio de Andrè di Aci S. Antonio.

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

L'eventuale pubblicazione gratuita del nome, dell' immagine del/della proprio/a figlio/a per la documentazione delle attività curriculari ed extracurriculari previste dal PTOF, da pubblicare sul sito web della Scuola <http://www.icdeandreacisantantonio.edu.it> e su quotidiani e TV locali.

(Ai sensi dell'art.13 del d.lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 e del d.lgs. n. 151 del 14 Settembre 2015 i dati saranno utilizzati esclusivamente per uso scolastico).

Aci S. Antonio.....

Il genitore del minore o di chi ne fa le veci

n.b. Indicare con una crocetta la voce che interessa

AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' SPORTIVE

Il/La sottoscritto/agenitore o
 tutore legale dell'alunno/a.....

Frequentante la classe.....sez.....Plesso.....

Autorizza il/la proprio/a figlio/a a recarsi accompagnato dalla insegnante, presso gli spazi in cui saranno attivate le attività sportive, nel corso dell'anno scolastico 2020/ 2021

Aci S. Antonio.....

Il genitore del minore o di chi ne fa le veci

AUTORIZZAZIONE VISITE GUIDATE/VIAGGI D'ISTRUZIONE

(Nel caso in cui le condizioni sanitarie potranno permetterne l'attuazione)

Il/La sottoscritto/a.....genitore
dell'alunno/a.....frequentante la classe/.....sez...
Plesso.....scuola dell' infanzia/ primaria/secondaria di primo grado

AUTORIZZA

Il/La proprio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività didattiche, visite guidate e viaggi d'istruzione programmate nel PTOF nel corso dell'anno scolastico 2020-2021 che gli OO.CC riteranno opportuno effettuare, sia durante le ore scolastiche che extrascolastiche.

Qualora la SV non fosse d'accordo alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a a talune attività previste dal PTOF è tenuta a dichiararlo per iscritto, di volta in volta, nel corso dell'anno scolastico
Aci S. Antonio..... Il genitore del minore o di chi ne fa le veci

RECAPITI GENITORI

Nome e cognome dell'alunno.....

Nato/a.....il.....

Indirizzo.....

Madre.....nata a.....il.....

Padre.....nato a.....il.....

Tel. Madre.....tel. Padre.....

MODALITA' RIENTRO A CASA

n.b. Indicare con una crocetta la voce che interessa

Da solo con pulmino scolastico prelevato dai genitori

Se prelevato da terza persona depositare in segreteria didattica delega relativa.

Aci S. Antonio.....

Il genitore del minore o di chi ne fa le veci

DELEGA USCITA ALUNNI
AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL I I.C. FABRIZIO DE ANDRE' ACI S. ANTONIO

Il/la sottoscritto/a.....

Genitore dell'alunno/a.....frequentante la

classesez.....di scuola dell' infanzia/primaria/secondaria di primo grado,

plesso.....

DELEGA

Il/la Sign.....

(specificare la parentela con l'alunno/a).....

a prelevare il proprio figlio/a all'uscita da scuola/prima del regolare termine delle attività didattiche,
in caso di effettiva necessità. A tal fine si assume ogni responsabilità.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento della persona incaricata.

Persona delegante tel.....

Persona delegata tel.....

Acì s. Antonio.....

Firma del genitore

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA

Il sottoscritto dott. Sebi Barbagallo Psicologo, Psicoterapeuta ad orientamento Cognitivo e Comportamentale iscritto all'Ordine degli Psicologi della Sicilia in data 12.02.2012 n. 6270 Sez. A prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore _____

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:

- Ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- Lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del cliente, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- Le prestazioni saranno rese presso il Primo Istituto Comprensivo "De Andrè" sito in Aci Sant' Antonio, Via Veronica 3, 95025 Aci Sant' Antonio;
- Le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d'aiuto , posta in essere dal minore stesso, da chi ne esercita la potestà e/0 dal corpo docente per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- Gli strumenti principali di intervento saranno la "relazione" tra psicologo e gli alunni del I Istituto Comprensivo " De Andrè", il colloquio clinico ed alcuni strumenti standardizzati (Test);
- La durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori;
- La durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta dei genitori e alla disponibilità del cliente, nonché in base alla richiesta e alla disponibilità del professionista;
- La consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati (in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori del minore e valutare se proporre la prosecuzione del rapporto terapeutico, se ipotizzare altre strategie e/o percorsi terapeutici, oppure se interromperlo);

- I benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale, nonché rivolti all' empowerment per il successo scolastico;
- In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con il professionista. Comunicheranno tale volontà di interruzione al professionista rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- In qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per il cliente. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
- GIUSTA DELIBERA DEL CONSIGLIO D'ISTITUTO N. 26 DEL 26/06/2013 VIENE ATTIVATO NEL NOSTRO ISTITUTO LO "SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO" IN ORARIO SCOLASTICO E GRATUITO, PER STUDENTI, GENITORI, INSEGNANTI TENUTO DAL DOTT. SEBI BARBAGALLO, CON SEDE IN VIA VERONICA.
- LO SPORTELLO D'ASCOLTO E' UNO SPAZIO DEDICATO PRIORITARIAMENTE AGLI ALUNNI, AI LORO PROBLEMI, ALLE LORO DIFFICOLTA' NEL MONDO DELLA SCUOLA, MA E' ANCHE UN POSSIBILE MOMENTO D'INCONTRO E CONFRONTO CON I GENITORI PER CAPIRE E CONTRIBUIRE A RISOLVERE LE DIFFICOLTA' NEL RAPPORTO CON UN RAGAZZO CHE CRESCE, PER INDIVIDUARE I PROBLEMI E LE POSSIBILI SOLUZIONI COLLABORANDO CON GLI INSEGNANTI IN UN'AREA PSICOPEDAGOGICA DI INTERVENTO INTEGRATO.
- TALE SPORTELLO E' UNA GRANDE OPPORTUNITA' ANCHE PER AFFRONTARE E RISOLVERE PROBLEMATICHE INERENTI LA CRESCITA, LEGATE ALL'INSUCCESSO, ALLO SVANTAGGIO, ALLA DISPERSIONE SCOLASTICA, AL BULLISMO, E/O A PROBLEMATICHE CONNESSE AL PERIODO DELL'ADOLESCENZA.
- PERTANTO SARANNO PARTICOLARMENTE ATTENZIONATI I CASI DI BES-DSA-A.D.H.D.-PER I QUALI SARANNO ADOTTATE LE STRATEGIE DI INTERVENTO PIU' IDONEE

Dopo ampio colloquio esplicativo avvenuto in data ____/____/____ si invitano i genitori del minore-cliente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ dichiarano di aver

compreso quanto loro spiegato dal professionista e qui sopra riportato e decidono a questo punto con piena consapevolezza di prestare, in virtù della potestà genitoriale, il loro consenso affinché il figlio si avvalga delle prestazioni professionali del Dott. Sebi Barbagallo, come sopra descritte, accettandone i rischi connessi.

Luogo e data.....

In fede