



Ufficio IX – Ambito Territoriale per la Provincia di Ragusa  
**Istituto Comprensivo “Berlinguer”**

Via Berlinguer s.n.c. – 97100 RAGUSA

Segr. Tel./Fax: 0932/622162 – Dir. Tel. 0932/248462 – C.F.: 92020790884 – Cod. Mecc. RGIC82000T

Codice Univoco D’Ufficio: UFS1CQ

Sito Web: [www.istitutoberlinguer.it](http://www.istitutoberlinguer.it) E-mail: [rgic82000t@istruzione.it](mailto:rgic82000t@istruzione.it) E-mail PEC: [rgic82000t@pec.istruzione.it](mailto:rgic82000t@pec.istruzione.it)

---

**CONSENSO INFORMATIVO PER COLLOQUIO CON IL MINORE**

Il sottoscritto sig. \_\_\_\_\_ nato a

\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

La sottoscritta sig. \_\_\_\_\_ nata a

\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

genitore del minore \_\_\_\_\_ nato a

\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

- Acconsentono**  
 **Non acconsentono**

al colloquio individuale del proprio figlio con l’equipe socio-psico-pedagogico essendo stato informato sui seguenti punti:

- La prestazione che verrà offerta è un colloquio finalizzato al conseguimento di una valutazione e di un intervento per migliorare il benessere psicologico;
- A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- Gli strumenti principale di intervento saranno il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- La durata globale dell’intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- In qualsiasi momento potremo revocare il consenso comunicandolo per iscritto.

Informati di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca di colloqui individuali del servizio di equipe psico socio pedagogica di stanza presso l’Istituto Comprensivo “Berlinguer”.

Ragusa, \_\_\_\_\_

Rilevatore del consenso \_\_\_\_\_

Firma della madre

Firma del padre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_