

ALLEGATO 2

**COINVOLGIMENTO ATTIVO E ASSENSO DEL MINORE
(Raccomandazione Linee Guida CNOP)**

Io sottoscritto/a _____, alunna/alunno della scuola,
dichiaro di aver parlato con i miei genitori e/o con la Psicologa del Servizio. Ho compreso che le
attività dello sportello d'ascolto o di classe sono pensate per aiutarmi, ascoltarmi e farmi stare
bene a scuola. So che i colloqui sono protetti dal segreto professionale e che posso decidere di
interromperli in qualunque momento se non mi sento a mio agio.

[☐] ESPRIMO IL MIO ASSENSO a partecipare volontariamente alle attività selezionate dai miei
genitori.

Firma dell'alunna / dell'alunno: _____

=====