



Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

(Da riconsegnare all'insegnante di classe)

I sottoscritti _____
genitore/i/affidatario/i dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____ frequentante la
classe _____
della Scuola _____

presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto
Psicologico

AUTORIZZANO **NON AUTORIZZANO**

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali presso lo Sportello
d'Ascolto Psicologico presso la scuola.

In fede,

Data _____

Firme (madre e padre)

