



**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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



***Istituto Comprensivo "Don Milani"***

Via Cambray Digny, 3 – 50136 Firenze - ☎ tel.055 690743

e-mail: fiic85100n@istruzione.it - fiic85100n@pec.istruzione.it

cod. mecc. FIIC85100N - cod. fisc. 94188360484