

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore/affidatario  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della  
Scuola \_\_\_\_\_

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

A U T O R I Z Z A

l/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con lo Psicologo, Dott.

\_\_\_\_\_.

In fede,

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_