

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

I sottoscritti

genitori/affidatari dell' alunno/a _____

nato a _____ il _____

frequentante la classe _____ della Scuola _____

presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito

presso codesto Istituto,

A U T O R I Z Z A N O

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di questo servizio.

RAGUSA _____

In fede

Firme di entrambi i genitori
