

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

AUTORIZZA

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

In fede,

Firma _____