AUTORIZZAZIONE

Per poter usufruire del Servizio Spazio d'ascolto psicologico, è necessario il consenso dei genitori, perciò gli alunni dovranno portare a scuola il presente modello debitamente compilato e firmato.

Consenso informato per l'accesso del minore allo sportello d'ascolto psicologico

Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____

genitori/affidatari dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____
frequentante la classe e sezione _____
presa visione della presenza presso l'Istituto dello Spazio ascolto psicologico e dell'informativa allegata al modulo:

AUTORIZZANO ☐ NON AUTORIZZANO ☐

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa, Dott.ssa Francesca Fontana.

In fede,

FIRMA DEL PADRE

_____

FIRMA DELLA MADRE

_____