

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

I sottoscritti
genitori/affidatari dell'alunno/a
nato/a a il.....
frequentante la classe e sezione

presa visione della presenza presso l'Istituto dello sportello d'ascolto psicologico,
AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la Dott.ssa

In fede

FIRMA DEL PADRE.....

FIRMA DELLA MADRE.....

Luogo..... Data.....