

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI
ALLO SPORTELLLO PSICOLOGICO (minori)

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____ Nata a
_____ (____) il _____ e residente a
_____ (____), Via/piazza _____
Telefono _____ E-mail _____

COGNOME E NOME MADRE _____ Nata a
_____. _____ (____) il _____ e residente a
_____ (____), Via/piazza _____
Telefono _____ E-mail _____

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore
_____ che frequenta la
classe _____ sez _____ Istituto _____

☐ AUTORIZZANO ☐ NON AUTORIZZANO (*barrare la casella che interessa*)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.
Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine
dell'anno scolastico in corso.

Data, _____

firma del padre _____

firma della madre _____