

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE

ALLO "SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO"

a.s. 2024/2025

Il sottoscritto padre/affidatario/tutore _____ e la
sottoscritta madre/affidataria/tutrice _____
dell'alunno/a _____ frequentante la classe ____ sez. ____
_____, a conoscenza del servizio di Sportello d'Ascolto scolastico

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a fruire del servizio di Sportello d'ascolto in qualsiasi momento dell'anno scolastico qualora ne manifesti la necessità e a partecipare ad eventuali altre attività, inerenti allo Sportello di Ascolto, svolti dallo Psicologo, dottor Vincenzo Lasala, a cui è demandato il servizio

Nel caso di impossibilità della firma di uno dei genitori

"Il/La sottoscritto/a, consapevole

Data, _____

Firma del padre

Firma della madre