

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO "SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO" –
A.S. 2022/2023

ADULTI

La Sig.ra/ Il Sig presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'ascolto, presso codesto istituto, AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di questo servizio.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra il Sig.re genitori del
minorenne.....

Nato a il ___/___/_____

frequentante la classe della Scuola

decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali
della dott.ssa Ambra Lidia Dipasquale(Psicologa) / dott.ssa Daniela Curcio (Pedagogista) .

Luogo e data

Firma della madre

Luogo e data

Firma del padre

Firma del professionista