

IMPORTANTE: Per dare la possibilità agli studenti di usufruire del servizio "Sportello d'ascolto psicologico" è necessaria l'autorizzazione dei genitori e il consenso per il trattamento dei dati personali.

Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

Noi Sottoscritti

Nome _____

Cognome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente nel comune di _____

Via _____ n. _____

E

Nome _____

Cognome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente nel comune di _____

Via _____ n. _____

genitore/affidatario dell'alunno/a

_____ frequentante la classe ____ sez. ____ della Scuola

presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto Psicologico

AUTORIZZIAMO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con psicologo, nell'ambito dello Sportello d'Ascolto della Scuola

In fede,

data, ____ / ____ / _____