



Ricerca - Orientamento
Formazione - Lavoro



CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO "SPORTELLO D'ASCOLTO"

I sottoscritti

Genitori/affidatari dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ il _____ frequentante la scuola

_____ classe _____ corso _____

Preso visione che nell'anno scolastico _____ è stato attivato presso la propria scuola il servizio di consulenza psicologica denominato "sportello d'ascolto"

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la Dott.ssa Francesca M.P. Gagliano, psicologa iscritta all'albo sez. A.

In fede

Firma del Genitore/tutore
