



Ricerca - Orientamento  
Formazione - Lavoro



---

## CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO "SPORTELLLO 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

\_\_\_\_\_