Consenso informato per l'accesso dell’alunno allo Sportello d'Ascolto Psicologico

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitore dell' alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’istituto, presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto Psicologico,

A U T O R I Z Z A

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa, Dott.ssa Pina Panico.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione del dettaglio del progetto e delle modalità di gestione previste.

In fede,

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_