



COMPILARE e RESTITUIRE ALL'INSEGNANTE COORDINATORE DI CLASSE **Consenso**

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

I sottoscritti..... Genitori

(Altro specificare)

dell'alunno/a.....nato/a.....

il ___/___/___ frequentante la classepresa visione degli obiettivi e delle metodologie d'intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico attivato nell'anno scolastico 2021/2022

Autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la Psicologa, Dott. ssa SILVANA SILVANO

(AUTORIZZAZIONE VALIDA FINO A REVOCA)

Data _____

firma del padre _____

firma della madre _____