



ISTITUTO COMPRENSIVO
"DI VITTORIO - PADRE PIO"
CERIGNOLA



MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO

I sottoscritti genitori

COGNOME E NOME PADRE _____

NATO _____

RESIDENTE _____

VIA _____

TELEFONO _____

COGNOME E NOME MADRE _____

NATA A _____

RESIDENTE A _____

VIA _____

TELEFONO _____

In qualità di esercente la potestà genitoriale/sul minore _____

che frequenta la classe _____ sez _____

plesso scolastico _____

AUTORIZZANO

IL proprio figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da entrambi i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Data, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____