

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI STUDENTI MINORENNI
ALLO SPORTELLO DI SUPPORTO PSICOLOGICO E DI ASCOLTO a.s. _____**

I sottoscritti genitori/tutori

COGNOME E NOME _____ (padre, madre,
 tutore)

Nato a _____ (___) il _____ e residente a _____ (____), Via
_____ n°__

COGNOME E NOME _____ (padre, madre,
 tutore)

Nato a _____ (___) il _____ e residente a _____ (____), Via
_____ n°__

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore

(cognome e nome) _____ classe _____ sez _____

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi agli sportelli di supporto psicologico e/o di ascolto.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori o dal tutore e ha validità fino al termine delle lezioni del corrente anno scolastico.

Data, _____

Firma I genitore/tutore _____

Firma II genitore/tutore _____