



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

I sottoscritti

\_\_\_\_\_

genitori/affidatari dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola

\_\_\_\_\_

presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali presso lo sportello d'ascolto.

In fede

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_