



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

I sottoscritti

_____ presa visione dell'istituzione presso quest'I.S. dello Sportello d'Ascolto

genitori/affidatari dell'alunno/a

_____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe _____ della Scuola

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali in orario scolastico e/o da concordare con la Psicologa dell'U.O. della Medicina scolastica "ASP di Crotone", presso lo sportello d'ascolto per godere nell'anno scolastico corrente del suddetto servizio.

****Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, l'AUTORIZZAZIONE, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia condivisa.***

Data: __/__/____

*Firma dei genitori

Padre/Tutore

Madre/ Tutore
