

### Consenso informato per l'accesso del minore allo sportello di ascolto psicologico

I sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

genitori/affidatari dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

sez. \_\_\_\_\_ dell'I.C. "P. Giannone – E. De Amicis" di Caserta, presa visione dell'informativa relativa allo sportello di ascolto psicologico attivo, durante l'orario scolastico, presso questo Istituto

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la propria figlio/a ad usufruire, qualora ne senta la necessità, di questo servizio.

Caserta, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

In fede (firma di entrambi i genitori) \_\_\_\_\_

Consegnare al coordinatore di classe

---