

ALLEGATO – AUTORIZZAZIONE ALL’ ACCESSO ALLO SPORTELLLO D’ ASCOLTO

CONSENSO INFORMATO - Modulo per minorenne

1) Minorenne (cognome e

nome).....

nato/a il.....a.....

2) Padre (cognome e

nome).....

nato/a

il.....a.....

cell... ..mail... ..

Madre (cognome e

nome).....

nato/a

il.....a.....

cell... ..mail... ..

3) Legale rappresentante (cognome e

nome).....

nato/a

il.....a.....

cell... ..mail... ..

☐ **AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a -alunno/a _____, classe _____ sez. _____, ad accedere allo Sportello d’ Ascolto attivato presso l’ Istituto per l’ anno scolastico _____ / _____, dichiarando di aver preso visione della circolare n. _____ e di essere informati che il servizio ha finalità di consulenza e non terapeutiche.

Luogo e data _____

Padre
rappresentante

Madre

Legale

... ..
...