**MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SUPPORTO PSICOLOGICO A MINORENNI**

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitori dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_, presa visione del prospetto informato per lo Sportello d’Ascolto Psicologico tenuto dalla Dott.ssa Valentina De Salvo

* AUTORIZZANO
* NON AUTORIZZANO

Il/La proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa incaricata dall’Istituto.

In fede,

Firma della madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. La scelta, sottoscritta da entrambi i genitori che ne hanno tutela, anche se separati o divorziati, ha valore sino alla fine del corrente anno scolastico.