

ALLEGATO

Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico

I sottoscritti genitori e/o affidatari _____ nato/a a _____
il _____ e _____ nato/a a _____
il _____ dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ frequentante la sezione/classe _____ di Scuola dell'Infanzia/Primaria/
S.S. 1°Grado (barrare la voce che non interessa) del plesso di _____,
presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito presso codesto istituto

Autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad effettuare dei colloqui psicologici con la dr.ssa PETARRA presso lo sportello d'ascolto attivato da codesto Istituto.

Data / /

Firma del padre _____

Firma della madre _____

In caso di dichiarazione presentata da un solo genitore compilare il seguente paragrafo:

lo sottoscritto/a _____ madre/padre/ dell'alunno/a

_____ ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR
28/12/2000, n.445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate
dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiaro che

_____ madre/padre/convivente del predetto è a conoscenza e
d'accordo circa l'autorizzazione suddetta.

Firma del genitore
