

**Al Dirigente Scolastico del Liceo Lucio Piccolo di
Capo d'Orlando (ME)**

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

I sottoscritti (padre): nato a il e (madre)
..... nata a il in qualità di esercenti la potestà
genitoriale/tutoriale sul minore (cognome e nome) nato/a
a il frequentante la classe sez. indirizzo di studio
..... presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico

A U T O R I Z Z A N O

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio di cui all'oggetto.

La presente autorizzazione ha validità sino al termine dell'anno scolastico, salvo diverse disposizioni.

Luogo Data

Firme di entrambi i genitori

