

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

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

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

	Dott.ssa Adelaide Merendino	Sede Centrale
--	-----------------------------	---------------

	Dott.ssa Marilena Manera	Sede Via T. Forno
--	--------------------------	-------------------

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

