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 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 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