

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

I sottoscritti

genitori/affidatari dell'alunno/anato/a il

.....frequentante la classe.....sezione.....

consentono al proprio/a figlio/a l'accesso allo sportello d'ascolto.

In fede

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

Roma,

* Consegnare in duplice copia alla dott.ssa Apperti