

Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico della dott.ssa Marisa Gualano c/o l'I.C. Foscolo-Gabelli di Foggia.

I sottoscritti genitori * e/o affidatari

1° genitore _____

nato/a _____ il _____ e

2° genitore _____

nato/a _____ il _____,

tutori dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe _____ sezione _____ di:

Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di I Grado

presa visione della comunicazione Prot. ____ relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico istituito presso codesto istituto

Autorizzano

ad effettuare colloqui psicologici con la dr.ssa GUALANO Marisa 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.

Il/la sottoscritt_____ madre/padre dell'alunn_ _____ 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, dichiara che il/la sig/a _____ madre/padre del predetto è a conoscenza ed acconsente all'autorizzazione suddetta.

Firma del genitore _____

Data, _____