

**CONSENSO INFORMATO
PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO "SPORTELLLO D'ASCOLTO- SUPPORTO
PSICOLOGICO"**

I sottoscritti

padre (altro.....) _____ -- _____,
madre (altro.....) _____

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la minore _____
nato/aa _____ il _____ frequentante la classe _____
dell'Ic di Castelleone
a conoscenza del servizio "Sportello d'ascolto" istituito presso la scuola tenuto dalla dott.ssa Daniela
Zucchelli, psicologa dell'età evolutiva iscritto all'albo,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, degli incontri individuali con lo
psicologo e a partecipare ad eventuali attività dello Sportello d'ascolto.

Data _____

Firma padre _____

Firma madre