

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO DEGLI ALUNNI

ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO (minori)

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE Nata a

 ( ) il e residente a

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ( \_ \_ \_ \_ ) , Vi a / p i a z z a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Telefono E-mail

COGNOME E NOME MADRE Nata a

 . ( ) il e residente a

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ( \_ \_ \_ \_ ) , Vi a / p i a z z a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Telefono E-mail

I n q u a l i t à d i e s e r c e n t e l a p o t e s t à g e n i t o r i a l e / t u t o r i a l e s u l m i n o r e

 che frequenta la classe sez Istituto

□ AUTORIZZANO □ NON AUTORIZZANO (*barrare la casella che interessa*)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d’ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell’anno scolastico in corso.

Data, firma del padre

firma della madre

Si dichiara di aver preso visione dell’informativa privacy ALUNNI E FAMILIARI presente sul sito web dell’istituzione scolastica.

Data, firma del padre

firma della madre