

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO - A.S. 2018/2019**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/affidatari dell' alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di I grado "G. Rossi Vairo", presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto e dell'informativa relativa alle funzioni e alle modalità di accesso allo stesso, pubblicate sul sito dell'istituzione scolastica,

**A U T O R I Z Z A**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la psicologa, Dott.ssa Nunzia Iorio.

In fede. Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_

Data

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO - A.S. 2018/2019**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/affidatari dell' alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di I grado "G. Rossi Vairo", presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto e dell'informativa relativa alle funzioni e alle modalità di accesso allo stesso, pubblicate sul sito dell'istituzione scolastica,

**A U T O R I Z Z A**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la psicologa, Dott.ssa Nunzia Iorio.

In fede. Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_

Data

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO - A.S. 2018/2019**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/affidatari dell' alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di I grado "G. Rossi Vairo", presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto e dell'informativa relativa alle funzioni e alle modalità di accesso allo stesso, pubblicate sul sito dell'istituzione scolastica,

**A U T O R I Z Z A**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la psicologa, Dott.ssa Nunzia Iorio.

In fede. Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_

Data

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO - A.S. 2018/2019**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/affidatari dell' alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di I grado "G. Rossi Vairo", presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto e dell'informativa relativa alle funzioni e alle modalità di accesso allo stesso, pubblicate sul sito dell'istituzione scolastica,

**A U T O R I Z Z A**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la psicologa, Dott.ssa Nunzia Iorio.

In fede. Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_

Data