**Alla Dottoressa Adriana Saraceni**

**a.saraceni@iis-amarimercuri.edu.it**

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO DEL MINORE ALLO**

**“SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO” A.S. 2020/2021**

Io sottoscritto padre/affidatario/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_eio sottoscritta madre/affidataria/tutrice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_ sez. \_\_\_\_plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a conoscenza del servizio di Sportello d’ascolto psicologico

**□ AUTORIZZA □ NON AUTORIZZA**

**Il/la proprio/a figlio/a minorenne ad usufruire, su richiesta da parte dello stesso, degli incontri individuali e/o di piccoli gruppi ed a partecipare ad eventuali altre attività, inerenti lo Sportello d’ascolto, svolti dalla Psicologa scolastica Dr. Adriana Saraceni.**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firme di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_