



Ai genitori  
Agli alunni  
Ai docenti

**Consenso informativo obbligatorio**  
**per l'accesso del minore allo sportello di ascolto psicologico**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori/affidatari dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_ plesso di \_\_\_\_\_  
autorizza il/la proprio/a figlio/a a usufruire di questo servizio.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
luogo data

Firma di entrambi i genitori

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