











Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico

Isotto	oscritti genitori * e/o affidatari	nato/a a
il	ee	nato/a a
il	dell'alunno/a	nato/a a
il	frequentante la sezione/classe	di Scuola dell'Infanzia/Primaria/
S.S. 1	°Grado (barrare la voce che non interessa) del p	lesso di,
presa	a visione dell'informativa relativa allo Sportello d	'Ascolto Psicologico, istituito presso codesto istituto
	Auto	prizzano
		dei dati personali D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 s.m.i. e ell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata
	effettuare dei colloqui psicologici con la dr.ss ato da codesto Istituto.	a presso lo sportello d'ascolto
Data	/ /	
firma	del padre	
firma	della madre	
In cas	so di dichiarazione presentata da un solo genitor	e compilare il seguente paragrafo:
		ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR sabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate
	dich	aro che
	ordo circa l'autorizzazione suddetta.	nadre/padre/convivente del predetto è a conoscenza e
Firma	a del genitore	