

**CONSENSO INFORMATO**

**PER L'ACCESSO DEL MINORE AL SERVIZIO DI SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

In riferimento alla nota relativa all'istituzione dello "Sportello di ascolto psicologico" presso l'Istituto d'Istruzione Secondaria Superiore "Giovanni Falcone", via Aurelia 297 - 17025 Loano (SV), i sottoscritti

.....  
.....

genitori/affidatari dell'alunno/a .....

nato/a a ..... il .....

frequentante la classe ..... indirizzo .....

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio di Sportello d'Ascolto psicologico.

La presente autorizzazione si intende valida per l'intero a.s. 2020/2021 in quanto permette allo studente minorenni di usufruire del servizio ogni qualvolta ne faccia richiesta.

Luogo e data .....

In fede (firma di entrambi i genitori)

.....