

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI SPORTELLO DI ASCOLTO
PSICOLOGICO- IISS 'G.Falcone' Loano**

Per gli alunni:

I sottoscritti

Genitori/affidatari dell'alunno/a.....

Nato/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. 22/23 in quanto permette allo studente di usufruire del servizio ogniqualvolta ne faccia richiesta.

Luogo e data

In fede (firma di entrambi i genitori)

.....

.....