

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

**IISS 'G.Falcone' Loano**

I sottoscritti .....

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

Codice Fiscale .....

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. 23/24 in quanto  
permette allo studente di usufruire del servizio.

Luogo e data .....

In fede (firma di entrambi i genitori)

.....

.....