

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

I sottoscritti _____

genitori (esercitanti la potestà genitoriale) dell'alunno/a _____

frequentante la classe sez. dell' IIS "F. Bisazza" preso atto del progetto

*"Sportello di Ascolto Psicologico Ti ri-conosco...mascherina!
Ri-conoscere sé stessi e ri-trovare il benessere a scuola"*

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a al colloquio individuale con la psicologa esperta esterna del progetto

dott.ssa Lidia Maria Beninati

Luogo e data

firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale
