

**CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO DIRETTO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO C.I.C.**

**CON LA PSICOLOGA DOTT.SSA MADIAI**

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/affidatario dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola EINAUDI-CHIODO,

presa visione della Circolare sull’attivazione dello Sportello di Ascolto Psicologico CIC con la psicologa Dott.ssa Marta Madiai,

**A U T O R I Z Z A**

il/la proprio/a figlio/a MINORENNE a prendere gli appuntamenti autonomamente e a svolgere i colloqui con la psicologa.

In fede, Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre/affidataria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma padre/affidatario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_