

Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

I sottoscritti _____
genitori/esercenti della potestà genitoriale dell' alunno/a

nato a _____ il _____ frequentante

la classe _____ del Liceo Scientifico e Linguistico “Innocenzo XII”

A U T O R I Z Z A

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello d’Ascolto Psicologico con la Psicologa -
Psicoterapeuta, Dott.ssa Grande Antonella.

Anzio, li _____

Firma dei genitori /esercente la potestà genitoriale per i minorenni _____

I_ sottoscritt_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall’art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che _1_ padre/madre é a conoscenza ed acconsente alla presente .

Firma _____

(da inviare debitamente compilato e firmato all’indirizzo mail : grandeantonella@gmail.com)