

MODULO CONSENSO MINORI

Gentili genitori, con la presente Vi chiediamo l'autorizzazione per l'accesso al servizio di SPORTELLO DI ASCOLTO.

I signori _____

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul/sulla minore

_____ nato/a a _____

il _____ e frequentante la classe _____

del plesso _____

AUTORIZZANO

il/la minore, ad usufruire dei colloqui con la Psicologa, dr.ssa Verdoliva, qualora ne avvertisse la necessità, a partecipare ad eventuali interventi attivati sul gruppo classe.

Data ___/___/_____

Firma leggibile degli esercenti la potestà genitoriale/tutoriale
