

Consenso informato per la fruizione del servizio “Sportello d’ascolto”.

Per poter usufruire del servizio di sostegno psicologico rivolto a soggetti **minori** è necessario il consenso di **entrambi** i genitori (o affidatari), pertanto gli alunni dovranno inviare alla scuola il presente modello debitamente **compilato e firmato**.

I sottoscritti _____ (madre)
e _____ (padre)
genitori/affidatari dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____
della Scuola _____

A U T O R I Z Z A N O

il/la proprio/a figlio/a a svolgere eventuali colloqui on-line con lo psicologo dott. MARCO PASCARELLA, presso lo sportello psicologico.

Data, _____

Firma della madre _____

Firma del padre _____

*Si informano i genitori (o affidatari) che l'attività di sostegno psicologico non è un percorso di psicoterapia.

Si resta a disposizione per informazioni, prenotazioni allo sportello d'ascolto e/o eventuali chiarimenti al numero 342 945 8476 o alla mail dott.marcopascarella@gmail.com